

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

450

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

WIBROTTE Jean

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Novembre 1905 à Chalons-sur-Marne (Marne)

Contribution à l'étude de
l'Hydro-climatisme Social

Président : M. MAURICE VILLARET, Professeur

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE

FRANÇAISE

23, rue du Cherche-Midi, PARIS

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

WIBROTTE Jean

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Novembre 1905 à Chalons-sur-Marne (Marne)

Contribution à l'étude de
l'Hydro-climatisme Social

Président : M. MAURICE VILLARET, Professeur

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE

FRANÇAISE

23, rue du Cherche-Midi, PARIS

1938

LE DOYEN. — TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNÉ.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne).	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEZ	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. **AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE**
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	Clinique chirurgicale
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — **CHARGÉS DE COURS**

CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE,
NÉE P. LACAZE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547527_0037

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE VILLARET,

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter la
Présidence de cette Thèse après l'avoir
inspirée, et dont le précieux enseigne-
ment à l'Hôpital, sera toujours présent
à ma mémoire dans ma pratique médi-
cale.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JUSTIN-BESANÇON,

En hommage reconnaissant à son précieux enseignement, et auprès de qui j'ai toujours trouvé tant d'aide bienveillante et d'utiles conseils, et qui a bien voulu me guider de sa compréhension large et éclairée des questions sociales actuelles.

En profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR.

*En hommage reconnaissant pour le
si parfait enseignement reçu à l'Insti-
tut d'Hygiène Industrielle.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Professeur LENORMANT, Membre de l'Académie de Mé-
decine ;
Monsieur le Docteur Jean BERGER, Chirurgien des Hôpitaux ;
Monsieur le Docteur Louis RAMON, Médecin des Hôpitaux ;
Monsieur le Docteur LAEDERICH, Médecin des Hôpitaux ;
Monsieur le Docteur Charles FLANDIN, Médecin des Hôpitaux ;
Monsieur le Docteur TIXIER, Médecin des Hôpitaux ;
Monsieur CHIRIE, Accoucheur des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES A L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE
ET A L'INSTITUT D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE ET DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Monsieur le Professeur CLAUDE ;
Monsieur le Professeur BALTHAZARD ;
Monsieur le Professeur agrégé PIÉDELIÈVRE ;
Monsieur le Professeur FABRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BITH

Assistant du Service du Professeur Maurice VILLARET

*En reconnaissance pour la sympa-
thie qu'il a toujours bien voulu me
témoigner.*

A MONSIEUR MARCEL MARTIN

Directeur de la Caisse Interdépartementale des Assurances
Sociales, Seine et Seine-et-Oise.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GODART

Médecin chef du service des cures à la Caisse
Interdépartementale des Assurances Sociales, Seine et Seine-et-Oise

*Qui m'ont toujours très obligeamment
reçu, et donné d'utiles renseignements
qui m'ont permis de comprendre la
question.*

CE QUI POURRAIT SERVIR DE PREFACE.

En dépit, et peut-être en raison des crises économiques, financière et des grands cataclysmes mondiaux, la santé reste et sera toujours la première préoccupation des hommes.

« Les stations hydro-climatiques et thermales sont de puissants ateliers que la nature a prodigués sur notre terre de France, les mettant à notre disposition pour réparer l'outillage humain. »

(M. Gaston Gérard, Sous-Secrétaire d'Etat,
Luchon, 1930).

« Il est certain que l'on ne saurait refuser à aucun malade le bénéfice des cures thermales ou climatiques sous le prétexte qu'elles sont quelque peu onéreuses. Songe-t-on, en effet, à priver quiconque de traitement par le radium ou par les rayons X, quelque soit l'importance des crédits qu'exigent ces thérapeutiques ? »

(MM. les Professeurs Maurice Villaret et Justin-Besançon,
Essor Touristique et Thermal, février 1937).

« Si la vie est immuable, ses conditions matérielles et morales changent constamment : qui ne s'adapte pas, meurt ou vit d'une façon étiolée et d'apparence ridicule ».

« L'homme qui sait vivre réellement est celui, qui, tout en gardant les principes d'une sage conduite, sait orienter la barque suivant les courants et les nécessités des temps. »

CHAPITRE PREMIER

L'hydro-climatisme social

L'hydro-climatisme social est cette branche de la Médecine sociale, qui permet aux économiquement faibles, et aux malades auxquels l'Etat doit des soins, de bénéficier des cures hydro-minérales et climatiques.

Les économiquement faibles comprennent :

Les indigents,

Les assurés sociaux,

Les malades, qui sans être des assurés sociaux, ou des indigents, ont pourtant des ressources très limitées.

Les malades auxquels l'Etat doit des soins médicaux sont :

Les militaires,

Les fonctionnaires coloniaux.

Nous n'envisagerons dans cette étude que les indigents et les assurés sociaux.

Mais si l'on se rappelle que les cures hydro-climatiques peuvent être appliquées en Médecine sociale pour lutter contre :

Les maladies grands fléaux sociaux,

Les maladies professionnelles et les accidents du travail,

Dans le traitement des maladies coloniales et de leurs séquelles,

Et comme traitement curatif et préventif des affections chroniques et des séquelles des maladies aiguës,

on pourra alors se rendre compte de l'étendue de ce sujet. Il peut d'autre part s'étendre encore, si on lui adjoint les problèmes d'Hygiène sociale préventive et d'utilisation des loisirs ouvriers par des séjours dans les stations thermales et climatiques après contrôle et justification médicale.

Ce sujet, qui, ainsi envisagé, peut paraître immense, puisqu'il est en connexion avec toutes les branches de la Médecine sociale et de la sociologie, est également de première importance :

— parce que son étude et sa mise au point ont été rendues indispensables par la création de lois sociales, qui mettent en quelque sorte le pays dans l'obligation de pouvoir fournir tous les traitements désirables aux économiquement faibles :

— parce que, dans l'ordre affectif, répondant à une compréhension meilleure des devoirs sociaux, il satisfait au désir de l'opinion publique de mieux faire pour les classes laborieuses, qui sont la force et la richesse d'une nation ;

— parce que, également, il répond aux aspirations des classes laborieuses ;

— parce que le thermo-climatisme est, contre certaines maladies, grands fléaux sociaux (tuberculose, par exemple), une des thérapeutiques actives, que nous possédions actuellement, et que nous ne devons pas pour des raisons budgétaires, en priver ceux qui en ont besoin ;

— parce que ces traitements peuvent à eux seuls comme utiles adjuvants de certaines thérapeutiques médicales ou chirurgicales, diminuer dans de telles proportions la durée d'invalidité causée par certaines maladies, qu'il paraît contre l'intérêt général, de ne pas appliquer largement ces traitements, puisque ces invalidités sont à la charge de la Société depuis la création des lois d'Assurance sociale ;

— parce que la France est un des pays du monde le plus favorisé par le nombre et la qualité de ses stations thermales et climatiques, et qu'il paraît impossible de ne pas user largement pour le bien de la majorité, de si grandes richesses nationales : elles ont été évaluées par M. Peyromaure-Debord, Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, dans un rapport approuvé par le Conseil National Economique (Le tourisme, le

thermalisme, le climatisme, Paris, 1935, pp. 69-73, session du 12 avril 1935), en ne considérant que la valeur foncière = 3.150 millions de francs...:

— parce que la France possède une variété très grande de climats, qui lui sont fournis par ses 2.360 kilomètres de côtes, ses montagnes les plus hautes d'Europe, ses nombreuses vallées diversement orientées, et un nombre très grand de sources thermales à minéralisations et à indications diverses;

— parce qu'une exploitation plus rationnelle de nos ressources nationales, et la grande facilité actuelle des transports permettent à tous de bénéficier des cures thermales et climatiques;

— parce que l'utilité du thermalisme social a été doublement consacrée par la création d'une Chaire d'Hydro-climatologie à la Faculté de Médecine et cela depuis 1928, époque à laquelle, Monsieur le Professeur Maurice Villaret en occupa le premier la place, et, par la création toute récente d'une Chaire d'Assistance Médico-sociale, dont Monsieur le Professeur O. Crouzon est titulaire. La science indique le chemin, la loi consacre. Cette double et officielle consécration de l'Hydro-climatisme social prouve son actuelle importance.

Ainsi envisagé, l'Hydro-climatisme social nous paraît être un sujet si vaste et tellement à l'ordre du jour, qu'il nous paraît bien difficile d'en parler sans redites. Il a été, en effet, si magistralement traité par ses plus notoires protagonistes MM. Durand-Fardel, Moncorgé, les sénateurs Faugère et Roy, M. le Professeur Maurice Villaret, qui, jusqu'alors à la Chaire d'Hydrologie ne cessa de s'occuper de la question, M. le Professeur agrégé Justin-Besançon, MM. Molinéry, L. Merklen, du Pasquier, Glénard, etc., etc., que maintenant tout semble avoir été dit.

Si nous nous hasardons à parler aujourd'hui encore de ce sujet, c'est moins pour y revenir, que pour essayer de faire le point de l'état actuel de la question, et de nous efforcer d'en donner une étude comparative, qui pourra, peut-être, présenter quelque intérêt.

Nous indiquerons donc les principaux buts du thermo-climatisme social, et les catégories de malades sur lesquels il

peut étendre son action bienfaisante. Nous nous efforcerons surtout dans ce chapitre de faire ressortir la place que l'Hydro-climatisme peut occuper dans le traitement de leurs affections.

Nous envisagerons rapidement l'évolution de l'hydro-climatisme social à travers les âges.

Nous essaierons de montrer ce qui peut exister à l'étranger, dans des pays à tendances différentes.

Nous verrons sa législation et son fonctionnement actuels en France. Nous nous efforcerons de montrer les différents aspects des législations actuelles.

Si ce programme peut paraître à première vue, à la fois chargé et incomplet, il nous faut avouer qu'il le serait évidemment, si nous tendions à faire œuvre d'énumération trop scrupuleuse. Nous nous efforcerons moins d'énumérer des chiffres, de citer et de commenter des lois, à la façon d'un juriste, que de faire ressortir, en Médecin, les grandes lignes et les tendances des législations, en indiquant leurs conséquences médicales.

Evidemment, la science est internationale, et l'impartialité lui est indispensable, aussi nous efforcerons-nous de nous placer en terrain neutre et de citer sans juger. Nous envisagerons le sujet toujours du point de vue médical, en laissant au juriste et au législateur la part qui leur revient.

CHAPITRE II

Des buts du thermo-climatisme social

Ce sujet a été si magistralement traité par MM. les Professeurs Maurice Villaret, O. Crouzon et Justin-Besançon, au Congrès du Tourisme, du Climatisme, du Thermalisme, Paris, octobre 1937, que nous ne croyons pas mieux faire que de nous inspirer de leur éminent travail.

On peut, ainsi qu'ils l'ont fait, en se plaçant du point de vue médical, étudier les maladies sociales dans leurs rapports avec les cures crénoclimatiques. On divise les maladies sociales justiciables de ces cures en plusieurs groupes :

- A) Les maladies sociales grands fléaux sociaux,
- B) Les maladies et intoxications professionnelles et accidents du travail,
- C) Les maladies coloniales et leurs séquelles,
- D) Les affections chroniques et les séquelles d'affections aiguës (traitement curatif et préventif).

A. — LES MALADIES, GRANDS FLÉAUX SOCIAUX ET LEURS TRAITEMENTS HYDRO-CLIMATIQUES

Les maladies grands fléaux sociaux qui relèvent de la crénoclimatothérapie sont :

- La tuberculose,
- Le rhumatisme,
- La syphilis.

Nous allons essayer de montrer pour chacune de ces affections, l'état actuel de la question au point de vue thérapeutique, et nous nous efforcerons surtout de montrer l'intérêt que peut avoir la crénoclimatothérapie dans la lutte contre ces maladies.

a) LA TUBERCULOSE :

La tuberculose tue environ 90.000 Français et en contamaine environ 500.000 chaque année, dit M. Rist dans son livre sur la Tuberculose. Il a, d'autre part montré dans cet ouvrage l'importance de cette maladie, fléau social, qui provoque la déchéance physique et morale, non seulement de ceux qu'elle atteint, mais encore de leur famille.

La tuberculose crée la misère, et la misère engendre la tuberculose, triste suite dont la médecine sociale éclairée, aidée de lois efficaces, doit essayer de briser le cycle.

La mortalité par tuberculose est importante dans tous les pays, les chiffres ci-dessous l'indiquent aisément. Cette mortalité par 10.000 habitants pour la tuberculose sous toutes ses formes est de :

106	en Suisse,
59,5	aux Etats-Unis,
59,8	en Hollande,
82,4	en Angleterre,
80	en Ecosse,
99	en Italie,
57,9	au Danemark,
104	en Suède,
73	en Allemagne,
144	en Tchécoslovaquie,
79,6	en Belgique,
118	en Espagne,
128	en France, et cela en 1934.

D'importants et fructueux efforts ont été faits pour lutter contre la tuberculose, nous ne pouvons évidemment pas les détailler dans le cadre étroit de ce travail. Nous allons seulement essayer de nous rendre compte de la place que peuvent occuper, dans la lutte antituberculeuse les cures climatiques et thermales.

Nous envisagerons successivement la tuberculose pulmonaire sous toutes ses formes, sans pouvoir naturellement les détailler ; nous ferons ensuite de même pour les tuberculoses chirurgicales.

Nous terminerons par la prophylaxie de la tuberculose.

Traitement curatif de la tuberculose pulmonaire :

Il n'y a pas à proprement parler de crénothérapie de la tuberculose pulmonaire, qui contre-indique le plus souvent les cures thermales, par danger de poussées évolutives. Par contre, la crénothérapie peut être une arme utile dans la prévention de la tuberculose. Nous y reviendrons.

En outre, des raisons d'hygiène et des dangers de contagion doivent faire éloigner les bacillaires de nos stations thermales.

Le traitement climatique de la tuberculose constitue de beaucoup la partie la plus importante de la climatologie thérapeutique. C'est une méthode, qui depuis longtemps, a fait ses preuves. Pour nous en rendre plus exactement compte, nous croyons utile d'envisager rapidement dans l'histoire de la Médecine la thérapeutique antituberculeuse.

La tuberculose est vieille comme le monde, cette phrase maintes fois redite est exacte. Barthels d'Heidelberg a noté sur des squelettes appartenant à l'époque de pierre des lésions tuberculeuses. D'autre part, Zambacco a décrit, il y a une trentaine d'années des lésions dues au Mal de Pott sur des Momies égyptiennes de la Grande Epoque. Il n'a été possible évidemment, que de reconnaître des lésions osseuses, puisque ce sont les seuls vestiges qui nous restent. Les viscères retirés des Momies égyptiennes étaient placées dans des vases à côté du mort ; elles font actuellement défaut (Docteur Elioth Smith).

Dans la civilisation hindoue, qui paraît la plus ancienne, on peut trouver quelques allusions à la phtisie, qui se traitait par des exorcismes. Les lois de Manon interdisaient le mariage avec les descendances de phtisiques. Sucruta, l'au-

teur d'Ayur Veda, décrit la Phtisie, énumère une thérapeutique variée tirée du règne végétal et des pratiques hygiéniques.

Les Egyptiens avaient une thérapeutique de la phtisie, qui nous est rapportée par Prosper Alpin, elle consistait surtout en révulsions.

Les Chinois avaient dans l'antiquité des médicaments, qui étaient à peu près ceux de la Médecine chinoise moderne : un grand nombre de médicaments tirés du règne animal et végétal, et des moxas faits avec de la laine.

En somme, dans l'Antiquité orientale, la tuberculose est mal isolée, sa thérapeutique souvent étrange et enfantine, sauf dans la Médecine hindoue, où dans l'Ayur Veda, on note quelques directives intéressantes.

Dans la Grèce antique, l'Ecole de Cos, celle de Cnide et Hippocrate semblent avoir conseillé surtout le repos et les soins hygiéniques.

Dans l'Antiquité romaine Asclépiade de Prusa, Themison de Laodice semblent avoir eu la même opinion.

Aux premiers siècles de notre ère, la Médecine paraît désorientée : elle passa aux mains des charlatans, la thériaque semble le médicament alors très en vogue, elle ne fut supprimée du codex qu'en 1908.

Galien (131-210 après J.-C.) comprit l'importance que pouvaient tenir l'hygiène, la diététique, et la cure d'air dans la thérapeutique anti-tuberculeuse. Les méthodes de Galien furent continuées par ses élèves, mais disparaissent après eux pour faire place à une pharmacopée multiple.

Chez les Arabes, la diététique fut l'objet de prescriptions multiples, les cures d'altitude ne semblent pas avoir été omises (Avicenne).

Nous ne possédons que de très rares documents sur l'époque gauloise : Sidoine Apollinaire, Evêque de Clermont (439-489), a écrit que les Eaux du Mont-Dore convenaient à la Phtisie débutante. A une période plus avancée, quand la fièvre devient forte, Sidoine conseille la campagne.

Au Moyen-Age la médecine était exercée à titre charitable

par les religieux ; une nonne Hildegarde (1098-1180) fut particulièrement célèbre : son traitement de la phtisie était hygiéno-diététique.

Les documents abondent sur la Renaissance, Mathieu Ferrari, Forestus, Frascator, Ambroise Paré (1510-1592) conseillent aux tuberculeux l'hygiène, la diététique, un climat tempéré, l'aération, l'altitude, l'air marin, mais les déplacements étaient difficiles ; on insistait surtout sur l'hygiène individuelle.

Au xvii^e siècle, une orientation toute nouvelle apparaît avec Sydenham, qui préconisa les cures d'exercice et de cheval. Il est à noter qu'alors, on essaya, dans le traitement de la tuberculose, tous les produits nouveaux importés en Europe : quinquina, thé, café, cacao, avec le même insuccès.

Le xviii^e siècle ne semble pas avoir apporté d'éléments nouveaux dans le traitement de la phtisie, les œuvres d'Hoffmann, de Vandermande, de Flanque, de Dupré de Lisle, etc., mettent au point l'emploi de certains médicaments, les critiquent, et préconisent l'air pur renouvelé, l'air des étables, celui de la terre fraîchement remuée, les cures thermales.

La saignée depuis longtemps employée dans le traitement de la tuberculose sera surtout en honneur avec Broussais et son Ecole.

Au xix^e siècle, Laennec fut partisan de la climatothérapie : « De tous les moyens employés, écrit-il, il n'en est aucun qui n'est suivi le plus souvent de la suspension ou de la cessation totale de la phtisie que le changement d'air. »

Le xix^e siècle vit employer dans le traitement de la tuberculose des médicaments nouveaux, huile de foie de morue, créosote, digitale, protoiodure de fer, etc., leur vogue fut éphémère.

A cette époque la tuberculose est, au reste, si mal individualisée, qu'elle était fréquemment scindée en pneumonie caséuse et en tuberculose vraie, pour en faire deux affections autonomes.

Deux événements importants se produisent alors, Villemain démontre la contagiosité de la tuberculose de 1860 à 1865. En 1862, Koch découvre le bacille tuberculeux.

On attribue généralement à Miss Florence Nightigale, infirmière anglaise, l'idée première de la cure systématique d'air et de suralimentation. Mais c'est Hermann Bremer, qui, dans sa Thèse en 1856, établit l'importance de la cure hygiéno-diététique en établissements clos. Dettweiler reprit cette théorie, mais soutint la non spécificité des climats et la non existence de climats d'immunité parfaite.

Les cures thermales sulfureuses eurent de nombreux partisans dont Gueneau de Mussy, Pidoux, Peter, mais ce dernier soutint qu'elles étaient néfastes dans les formes avec hémoptysies.

La décadence de la saignée est définitive.

Depuis 1862 nous assistons à la vulgarisation des idées de Brehmer et de Dettweiler et à la multiplication des sanatoriums, et à la cure associée de repos et d'aération. Il est toutefois à noter que la cure de travail eut ses partisans au début du ^{xx}^e siècle : le Docteur Lipp au sanatorium allemand Armst Ludwig fit travailler ses malades. A Lister, en Norvège, le Docteur Grandt fit de même.

La chimiothérapie semble avoir apporté peu d'éléments nouveaux.

Le médecin danois Holgar Möllgaard, en 1924, préconisa l'emploi des sels d'or.

La tuberculinothérapie découverte par Koch en 1890, fut critiquée par Villenin en 1891 ; plus modérément appliquée, elle a encore des partisans.

La sérothérapie par sérums de Jousset, Marmoreck, de Vallée, d'Arloing, fut étudiée.

La vaccination fit également son apparition avec les vaccins de Massagliano, Bruschetti, Friedmann, Schiga, le B. C. G.

Forlanini de Pavie, en 1882, étudia la compression thérapeutique du poumon. En 1892, il pratiqua le pneumothorax thérapeutique. Depuis, la méthode ne cessa de se vulgariser ; elle paraît actuellement notre thérapeutique la plus puissante. Cette opinion universellement admise est vérifiée par les statistiques de tous les pays. La chirurgie par thoraco-

plastie, phrénicectomie, section d'adhérences, apporta son aide à la collapsothérapie par pneumothorax.

De l'antiquité à nos jours, de nombreux médicaments furent successivement employés. Ils furent si nombreux qu'ils sont impossibles à énumérer. Il paraît vraisemblable de dire que presque tous les médicaments actuellement connus ont été essayés dans le traitement de la tuberculose.

De ce rapide historique de la question, que pouvons-nous faire ressortir ? Sinon que, comme l'a dit M. Rist dans son livre sur la tuberculose, c'est une illusion dangereuse de croire que cette affection puisse actuellement être influencée favorablement dans son évolution par des médicaments. Par contre, l'aération continue, dans un climat approprié, associée au repos qui est le fondement essentiel de la cure hygiéno-diététique, donne le plus souvent en sanatorium des résultats satisfaisants. Pour juger avec équité de ces résultats, il faut les opposer à ceux de la thérapeutique médicamenteuse, qui sont le plus souvent négatifs (Rist).

Nous possédons depuis la découverte de Forlanini un moyen efficace d'agir sur la tuberculose pulmonaire, non par un moyen directement curateur à la façon d'une appendicectomie, qui enlève à la fois l'organe malade et la maladie, mais en mettant l'organisme en état de mieux réagir et de développer plus facilement le processus cicatriciel. Cette thérapeutique ne se suffit donc pas à elle-même, elle a besoin que la nature fasse les frais de la cicatrisation, sans laquelle on ne peut parler de guérison. On comprend alors combien il est logique, profitable et indispensable parfois d'associer à cette thérapeutique la cure hygiéno-diététique, qui, augmentant les moyens de défense naturels, permet, hâte et facilite cette guérison. M. Dumarest, dans son livre bien connu, préfacé par le Prof. Bezançon, sur la Pratique du pneumothorax thérapeutique, dit : « Nous croyons que le pneumothorax a tout avantage à être pendant les premiers mois un traitement de sanatorium. A part cette cure hygiéno-diététique, peu d'indications thérapeutiques restent aux porteurs de pneumothorax. »

L'opinion de certains médecins et profanes, ces dernières

années, devant l'espoir que fit naître la collapsothérapie, sous toutes ses formes, et même l'aurothérapie, était que la cure hygiéno-diététique pouvait ne plus représenter dans l'arsenal thérapeutique l'importance qu'elle avait auparavant, et même qu'elle devait céder la place aux thérapeutiques modernes.

M. le Professeur Sergent, dans sa déclaration à l'Académie de Médecine du 30 mai 1933, mit la question au point en déclarant que la cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire. Aucun de mes collègues phthisiologues ne peut me contredire, a-t-il dit, j'en suis certain, si j'affirme que nos malades aussi bien de la ville que de l'Hôpital, traités par le pneumothorax thérapeutique, lorsqu'ils en sont justiciables, nous fournissent des statistiques de guérison clinique d'autant plus satisfaisantes qu'ils ont été placés plus rapidement et plus longtemps dans des conditions dites sanatoriales.

La cure sanatoriale comporte pour le Professeur Sergent la cure d'air, de repos, la diététique, la surveillance médicale, et s'il est utile, le traitement approprié.

Le Prof. Sergent a déclaré en outre « si je défends le principe du sanatorium, je ne prétends pas qu'il soit suffisant, j'ai l'intention de soutenir qu'il est nécessaire ».

M. le Professeur Bezançon s'est déclaré tout à fait d'accord avec le Professeur Sergent, et il a ajouté : « Il y a trois ans, à la tribune de l'Académie de Médecine, étudiant l'orientation de la lutte antituberculeuse, je montrais toute l'importance des autres thérapeutiques. J'avais bien soin d'ajouter que pour les malades justiciables de la collapsothérapie et à plus forte raison pour les autres, les vieilles notions d'autrefois restaient toujours vraies, et que devaient être instituées les cures d'air et de repos, si possible en sanatorium. »

M. le Professeur Rist, à la séance du 20 juin 1933 à l'Académie de Médecine, déclare d'autre part :

« L'apyrexie, le mieux-être, le retour des forces, le tarissement de l'expectoration, qui suivent toujours avec une surprenante précocité l'institution d'un pneumothorax thérapeutique, ne sont que l'amorce d'une guérison, pour l'achè-

vement de laquelle la cure de repos et d'aération sont aussi indispensables au tuberculeux que le lit est indispensable aux maladies aiguës. »

Un rapport présenté à l'Académie de Médecine signé de MM. Marfan, Bezançon, Léon Bernard, Rist, Sergent, en octobre 1934, émettait les conclusions suivantes :

1° Il n'est pas fondé d'opposer les traitements modernes, collapsothérapie, à la cure sanatoriale.

2° La cure sanatoriale garde toujours sa valeur, et est l'adjuvant le plus avantageux des autres traitements.

3° Il y aurait intérêt tant pour la prophylaxie que pour le traitement de la tuberculose pulmonaire à développer et à perfectionner les sanatoriums populaires.

Les cures d'aération et de repos ne sont pas supplantées par les traitements mécaniques, a dit M. le Prof. Rist, dans son livre sur la tuberculose. Si jamais on découvrait une chimiothérapie ou une sérothérapie efficaces de la tuberculose, ces moyens ne seraient nulle part appliqués dans des conditions plus favorables que dans les sanatoriums. Le triomphe du sérum antidiphthérique ne nous a pas déliés de l'obligation de tenir nos malades au lit.

L'utilité de la cure d'air, surtout en sanatorium, étant ainsi nettement définie, M. le Prof. Léon Bernard a cru bon de la compléter encore en disant ce qui suit : « Avec des conditions climatiques favorables se contente-t-on de permettre au processus naturel de défense de l'organisme contre la tuberculose de se développer, ou bien exerce-t-on sur ce processus une réelle action thérapeutique ? En faisant la part de ce que cette manière a d'un peu casuiste, on doit cependant reconnaître que l'on assiste parfois à de tels effets d'une simple exposition à un climat, notamment le climat d'altitude pour tant de malades, qu'on ne peut se défendre d'attribuer à ce facteur une véritable action thérapeutique. »

La climatologie représente donc en tuberculose pulmonaire une arme thérapeutique fondamentale, dont l'utilité reconnue depuis fort longtemps, est jugée primordiale par nos maîtres de la Médecine.

Cette thérapeutique, hors de ses effets curateurs aura un

avantage : celui, qui est loin d'être négligeable, de soustraire au milieu urbain des malades contagieux et d'éviter ainsi la dissémination du mal.

L'armement antituberculeux comporte :

- des sanatoriums,
- des sanatoriums du travail,
- des colonies industrielles, visant à la rééducation des tuberculeux cicatrisés,
- des villages sanatoriums.

Les cures hydro-climatiques dans les tuberculoses chirurgicales et extra-pulmonaires. — Que l'on veuille nous pardonner cette nosologie en bloc, il nous est impossible, dans le cadre étroit de ce travail, d'envisager chaque cas en détail, comme nous désirerions le faire.

C'est vers 1857 qu'un modeste Médecin de Montreuil-sur-Mer, persuadé que l'air marin devait agir efficacement sur les lésions que l'on appelait alors « scrofuleuses », confia quelques enfants de l'Assistance publique de Paris, dont il avait la surveillance, à une brave femme, la veuve Duhamel, de Groffliers. Groffliers n'est pas situé immédiatement sur la côte, et c'est dans sa brouette, raconte la chronique locale, que deux fois par jour, la veuve Duhamel transportait les enfants sur la plage, aidée dans son travail par une autre pauvre femme, qui vivait isolée et que l'on avait surnommée « Antoinette toute seule ».

Les résultats que constata le Docteur Perrochaud furent si satisfaisants, que sur leur rapport, l'Assistance publique de Paris fit construire en 1861 un petit hôpital de 100 lits.

Les observations de Perrochaud furent confirmées par les médecins et les chirurgiens des Hôpitaux de Paris, et en particulier par Bergeron, Marjolin. L'impératrice Eugénie, elle-même, apprenant la chose, voulut se rendre compte ; elle vint à Berck et décida la création d'un grand Hôpital de 700 lits, qui fut inauguré en 1869. Il a été agrandi et modernisé depuis, et est un des hôpitaux les mieux aménagés qu'il soit possible de voir. Le Baron James de Rothschild fit construire

un Hôpital qui porte son nom, et dont lui et sa famille assumèrent les frais d'entretien. De petits hôpitaux privés, des maisons de santé se multiplièrent autour de ces formations faisant de Berck une ville unique en son genre, s'il n'existait aux Etats-Unis, la ville de Rochester, dans le Minesota, bâtie autour des cliniques Mayo. Le Docteur Perrochaud dirigea l'hôpital jusqu'en 1891, le Docteur Victor Ménard de 1891 à 1919, époque à laquelle le Docteur Sorrel, chirurgien des Hôpitaux de Paris, en prit la direction, qui est actuellement assumée par le Docteur Richard.

Cet exposé historique de Berck nous montre aussi bien que des statistiques l'essor grandissant qu'a pris la cure hélio-marine dans la thérapeutique des bacilloses extrapulmonaires. L'aggrandissement continu de l'Hôpital de Berck pourvu essentiellement de malades de l'Assistance publique de Paris, envoyés par des Médecins des Hôpitaux de Paris, indique l'importance donnée à ce traitement.

Le VI^e Congrès de Thalassothérapie de Berck en 1931, auquel de nombreuses nations étaient représentées, prouve par ailleurs l'importance de la cure hélio-marine.

M. le Professeur Lenormant, délégué de la Société de Chirurgie de Paris, a dit à ce Congrès : « La Société de Chirurgie connaît toute l'aide qu'elle peut trouver dans les forces de la nature, dans la question de la tuberculose ostéo-articulaire ; je crois que l'avenir est à l'union intime de la chirurgie et de climatologie.

La climatologie guérit beaucoup de tuberculoses, mais ne les guérit pas toutes, en outre elle met beaucoup de temps.

La chirurgie s'oriente avec elle vers une action conservatrice qui, sans toucher au foyer, le met dans de meilleures conditions.

Ne pensez-vous pas que les résultats seraient beaucoup plus beaux si la chirurgie était faite en sanatoriums, au grand air tout au moins, si tous les malades pouvaient après opération, être rapidement envoyés en sanatorium. C'est une chose réalisable, qui va ressortir, je l'espère, de vos travaux... »

Messieurs Sorrel et Mozer paraissent, en traitant de la tuberculose ostéo-articulaire dans le Traité de Chirurgie ortho-

pédique paru sous la direction des Professeurs Ombrédanne et Mathieu, parfaitement situer la question : « A lire certains auteurs on pourrait croire qu'il suffit de faire passer quelques mois à un tuberculeux osseux au bord de la mer et au soleil pour assurer sa guérison. Il n'en est malheureusement pas ainsi. La mer et le soleil sont des facteurs thérapeutiques de grande valeur — en améliorant l'état général, en augmentant la résistance de l'organisme, ils mettent mieux que tout autre procédé le malade en état de défense contre la tuberculose. Mais ce traitement général ne saurait en aucune façon dispenser soit du traitement orthopédique, soit du traitement chirurgical, qui sont nécessaires l'un ou l'autre, ou plutôt l'un et l'autre, et pour assurer la guérison de la maladie. »

Traitement climatique d'une part, traitement orthopédique et chirurgical d'autre part, ne s'opposant nullement, il serait tout aussi néfaste de traiter par des résections, des arthrites tuberculeuses sans se préoccuper de l'état général du malade, que de s'attacher au traitement général sans se préoccuper de la lésion articulaire.

Tous les tuberculeux osseux doivent être soignés dans des Hôpitaux bien installés, où tous les traitements orthopédiques peuvent être assurés et où toutes les opérations chirurgicales peuvent être pratiquées. Ces Hôpitaux doivent être situés au bord de la mer ou à défaut en montagne.

Done l'héliothérapie et la climatologie sont dans bon nombre de cas le seul traitement et la vraie thérapeutique des lésions ostéoarticulaires bacillaires. Poncet, Rollier, Vignard et d'autres, ont montré qu'elles pouvaient agir par leurs actions propres, en dehors de tout autre traitement. Mais dans bon nombre de cas l'orthopédie et la chirurgie demeurent les traitements de base, ou sont les adjuvants de l'héliothérapie et de la climatologie.

Il en est exactement de même pour les tuberculoses ganglionnaires.

En résumé, nous pouvons dire que dans les tuberculoses ostéoarticulaires et ganglionnaires les cures climatique et solaire ont une place de premier ordre.

Pour les tuberculoses péritonéales, MM. les Professeurs Maurice Villaret et Justin-Besançon, dans leur Clinique et Thérapeutique hydro-climatique, ont dit : « La tuberculose péritonéale constitue une grande indication climatique de bacilloles extra-pulmonaires. Si les formes aiguës et le syndrome de Fernet-Bouland opposent une contre-indication à toute action climatique énergique, par contre les formes ascitiques pures relèvent essentiellement de l'héliothérapie semi-marine ou de haute montagne... »

Le traitement climatique de la tuberculose extrapulmonaire constitue la seule arme thérapeutique dont nous puissions disposer avec profit dans cette affection. Plus de 20.000 malades, en France, se soumettent à ces cures, en particulier sur nos plages, et l'on peut dire qu'aucun traitement à l'heure actuelle ne saurait leur être substitué avec le même succès.

La créno-climatothérapie dans la prévention de la tuberculose. — Ce paragraphe pourrait être immense, on comprendra bien que nous en indiquions seulement l'intérêt, car la lutte anti-tuberculeuse est bien connue, et son importance dans l'esprit de tous.

Le péril tuberculeux en France paraît très sérieux, et bien que les chiffres de mortalité par cette affection diminuent régulièrement (ils étaient de 317 pour 10.000 en 1901, de 233 en 1914, de 175 en 1927, de 128 en 1934), ils sont encore plus importants que dans l'ensemble des autres pays.

Nous pouvons le rappeler :

Mortalité de 68,2 pour 10.000 habitants aux Etats-Unis,
73,7 en Hollande,
89,6 en Angleterre,
70 en Allemagne,
79 en Suède,
94 en Belgique,
108 en Italie,
128 en France.

L'agglomération parisienne est particulièrement touchée.

Dans l'état actuel de la science, il est plus facile de prévenir que de guérir. Cette pensée a du reste été très largement comprise par les pouvoirs publics qui ont organisé une lutte préventive méthodique par l'intermédiaire de l'Assistance sociale. L'Hydro-climatisme est le grand moyen d'action de cette organisation, qui prévient ainsi le mal avant son éclosion dans les convalescences d'affections anergisantes, médicales ou chirurgicales, pour les surmenés ou inadaptés urbains, qui tout en ayant une vie d'apparence normale, offrent un champ facile à l'invasion de la tuberculose.

Cette notion est parfaitement dans l'esprit de tous, et les caisses d'Assurances sociales, les œuvres d'Assistance publiques et privées, accordent maintenant sans contestations après des maladies, comme l'érythème noueux ou la pleurésie séro-fibrineuse, des repos prolongés, et facilitent ou donnent la possibilité de séjours au grand air. Car dans le domaine préventif l'accord semble unanime, rien ne peut remplacer une cure climatique ou thermale suffisamment prolongée.

Mais c'est surtout pour l'enfance que cette heureuse action préventive a le plus d'effets et d'intérêt.

M. Henri Sellier, dans une circulaire au Bureau de Surveillance de l'Hygiène sociale du département de la Seine, en ce qui concerne la lutte antituberculeuse, déclarait, dès octobre 1918 : « Sauver la graine, disait Pasteur, quand après avoir examiné les maladies des vers à soie, il concluait à la nécessité de porter tout l'effort dans la recherche des moyens propres à assurer la vitalité des générations à venir. Nous estimons que cette formule doit, à l'origine, être celle de l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine ; que dans l'impossibilité où il est d'aborder d'un seul coup sur tous les terrains, et dans tous les milieux, la lutte contre le fléau, dans la nécessité qui s'impose à lui de limiter à l'origine son intervention, il doit placer au premier plan de ses préoccupations l'organisation des institutions propres à mettre l'enfant à l'abri de l'infection tuberculeuse. »

Cette notion de prophylaxie de l'enfance en premier lieu,

graine de notre race, est très juste, elle est du reste partagée par nos Maîtres.

Le Prof. Landouzy n'a-t-il pas écrit : « C'est à l'enfance que le fer, l'arsenic, le sel, la chaux, éléments vivants de l'eau minérale, apportent les éléments dont des parents ignorants, malades ou inconscients les a privés. »

MM. Robert Debré et Etienne Chabrol ont également écrit : « La thérapeutique infantile consacre le triomphe du climatisme : car aucun âge de la vie ne réclame avec une pareille urgence la synthèse de ces deux éléments fondamentaux, indispensables à la croissance de tout être : l'air et la lumière... »

Dans ce bref exposé visant à faire ressortir l'intérêt de la crénoclimatologie dans la prophylaxie de la tuberculose infantile, nous croyons devoir envisager trois cas :

A) Celui des enfants en apparence sains, mais vivant dans des grandes villes.

B) Celui des enfants sains, mais nés de parents tuberculeux.

C) Celui des enfants non tuberculeux, mais qui relèvent d'une affection anergisante.

A

Les enfants en apparence sains, mais vivant toute l'année dans des grandes villes ont besoin de passer leurs vacances en dehors des murs à l'intérieur desquels ils vivent continuellement, disent MM. Maurice Villaret et Saint-Girons d'une façon très nette dans leur livre sur les cures thermales et climatiques de l'enfance. Cette opinion répond à celle que la climatologie de l'enfance doit être avant tout préventive, doit renforcer les moyens de défense des jeunes organismes, lorsqu'ils sont bien portants, afin de les mettre à l'abri des contagions éventuelles.

L'enfant est, d'autre part, comme l'a dit le Prof. Landouzy, le champ clos où se heurtent toutes les hérédités défectueuses, mieux que toute thérapeutique, les cures hydroclimati-

ques sont capables de rectifier une hérédité ou d'être le complément indispensable d'une thérapeutique spécifique.

M. le Prof. Nobécourt, dans son livre sur les traitements hydro-climatiques de l'enfance, après avoir défini les diathèses et les tempéraments, montrent comment elles s'installent par hérédité et se développent par la suite : il indique la thérapeutique hydro-climatique comme un correctif de tout premier ordre à cet égard.

La crénoclimatothérapie doit donc être considérée comme une arme puissante dans l'Hygiène sociale pour la préservation de l'enfance. Elle paraît dépasser de beaucoup la puissance de la thérapeutique médicamenteuse dans la prophylaxie tuberculeuse. Depuis l'ouverture et la multiplication des camps de vacances, qui ont montré tout ce que l'on peut attendre du soleil et de l'air, combinés à une hygiène médicale stricte, on peut affirmer que c'est une véritable régénération de la race que l'on pourrait obtenir par ces méthodes. On voit en effet sous l'influence de l'air et de la lumière s'opérer de telles métamorphoses, que cette opinion ne paraît pas exagérée. M. le Docteur Molinéry, qui s'est fait le grand propagandiste de ces théories, n'a cessé de lutter pour les cures hydroclimatiques de l'enfance. Il a beaucoup fait pour la création des camps hydro-climatiques de vacances, dont l'utilité est très grande.

M. Victor Pauchet a formulé ces données d'une façon frappante pour les foules en disant : « Envoyez les enfants aux stations climatiques et vous aurez contracté pour eux une assurance tous risques... »

B

Il nous faut envisager maintenant le cas des enfants sains, mais nés de parents tuberculeux. Le problème a été si éminemment résolu, qu'il ne nous reste qu'à indiquer ce qui a été fait. C'est en effet, l'œuvre admirable de Grancher qui, dès 1903 s'occupa du placement familial des enfants nés de parents tuberculeux. Cette sélection de la graine intacte de la race humaine réalise la formule Pasteurienne appliquée

en Sériciculture. Formule éminemment saine et scientifique, puisqu'elle supprime la contagion du mal.

Grancher écrivait lui-même : « D'après les expériences acquises depuis quatre ans, *la campagne sera le plus souvent préférée* pour le placement des enfants. » Cette phrase indique nettement que bien que ces enfants fussent sains, Grancher désirait associer la climatothérapie à la mesure radicale de suppression de la contagion... L'expérience n'a fait que confirmer ces idées. La sélection des enfants dans les familles tuberculeuses, qui était faite au début par des œuvres de bienfaisance, est aujourd'hui la tâche des dispensaires antituberculeux.

Les résultats les plus probants attestent la valeur de l'œuvre. En 1932, sur 4.000 enfants de l'OEuvre parisienne, placés à la campagne depuis 28 ans, il y eut seulement douze cas de tuberculose, dont trois morts par méningite quelques semaines après leur placement, 9 ont été envoyés en sanatorium marin et guéris. Cela donne une morbidité de 0,3 % et une mortalité de 0,1 %, ce qui est parfait.

Mais Grancher n'envoyait les enfants loin de leur famille qu'à partir de trois ans, le principe de la séparation *dès la naissance* a été défendu en 1908 par Comby à Washington. En 1915, MM. Nobécourt et Schreiber demandent également le placement des nourrissons. Le premier centre fut celui de Mainville Champrosay. MM. Léon Bernard et Debré créèrent avec l'aide de Mmes Seligmann et Sussmann l'œuvre de placement des tout petits en 1922 ; depuis sa création il ne cessa de se développer. Les nourrissons sont gardés jusqu'à l'âge de 4 ans, ils sont envoyés au grand air en Sologne où il existe 9 centres. En 1933 sur 759 nourrissons surveillés, il y eut seulement 9 décès.

L'efficacité de la méthode d'éloignement et de climatothérapie associée a donc fait ses preuves. Elle ne contre-indique nullement les espoirs qu'a pu faire naître la vaccination, mais elle paraît actuellement notre plus active arme médico-sociale dans la prophylaxie de la tuberculose de l'enfance.

C

Pour les enfants non tuberculeux, mais sortant d'affections anergisantes, la question est également primordiale. Toute maladie requiert après le moment où l'organisme en a été victime, une période de convalescence.

Nous ne pouvons pas énumérer toutes les maladies susceptibles de préparer le terrain à la tuberculose, et indiquer les moyens curateurs de la crénoclimatothérapie, car il nous faudrait faire le tour de la pathologie infantile. Nous avons montré, nous le pensons, combien l'hydro-climatisme était capable de solliciter, sans les fatiguer, les singulières forces que la nature place avec prédilection chez les êtres jeunes, et de faire ces miracles dont les médecins d'enfants n'ont pas cessé de s'étonner.

Certes, la liste des maladies susceptibles de laisser après elles la porte ouverte à la tuberculose, est longue : maladies infectieuses, pleurésies, affections pulmonaires, érythèmes noueux, etc... Mais nous voudrions surtout parler de la primo-infection tuberculeuse, qui parfois est une maladie flagrante, parfois au contraire si inapparente, qu'il est alors nécessaire de la dépister par la cuti-réaction de Von Pirquet et la radiographie. Nous voudrions surtout rappeler que cette primo-infection doit être guettée et systématiquement recherchée, et qu'alors la convalescence de cette affection, si bénigne qu'elle puisse paraître en apparence, doit être rigoureuse, doit bénéficier de la créno-climatothérapie et être parfaitement contrôlée médicalement. C'est là une mesure essentielle de prophylaxie tuberculeuse.

Il en est de même pour l'érythème noueux, dont l'étiologie est encore discutée, et qui demande une convalescence très sérieuse.

L'hydro-climatisme apparaît, dans ces cas, notre plus puissant moyen pour relever rapidement une santé défailante, et éviter des suites fâcheuses.

Cette hygiène et cette régénération de l'enfance est la base de la lutte antituberculeuse préventive. Le nombre croissant des œuvres de l'enfance, qui suivant les catégories sociales

auxquelles elles s'adressent et au genre d'affection visée s'appellent soit préventorium, soit écoles de plein air, soit homes familiaux, soit maisons de repos, soit centres médico-pédagogiques, prouve l'importance de l'hydro-climatisme de l'enfance. Un tout récent arrêté du Ministre de la Santé Publique, de mai 1937, mettant encore la question au point, prouve combien elle est d'actualité. La fréquence de ces questions constamment soulevées dans les grands Congrès de Phthisiologie, de Pédiatrie, d'Hydro-Climatologie le montre également.

Cette lutte antituberculeuse préventive de l'enfance se fait au moyen de :

Maisons de repos,
Maisons de convalescence,
Préventoriums,
Ouvres de prévention de l'enfance,
Climatisme des crèches,
Ecoles de plein air,
Camps thermaux et climatiques,

et aussi indirectement par l'intermédiaire de toutes les œuvres sociales qui tendent à faire vivre au grand air, comme le scoutisme, les sociétés de camping, de sports, etc., etc...

BIBLIOGRAPHIE

Etienne BERNARD. — Convalescence de la Primo-infection tuberculeuse. — *Presse thermale et climatique*, 15 janvier 1938.

Pr Léon BERNARD. — La tuberculose pulmonaire.

Léon BERNARD et Roger EVEN. — Thérapeutique hydro-climatique de la Tuberculose.

Pr F. BEZANÇON. — Tuberculose, du *Précis de Pathologie médicale*. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, tome CIX, n^{os} 21 et 23, séances des 30 mai et du 13 juin 1933.

Comité National contre la Tuberculose ; 66, boulevard St-Michel, Paris. — Rapport du Service des Statistiques, années 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936.

- Compte rendu du Congrès de l'Enfant à la Mer et à la Montagne*, La Malou, juillet 1935.
- Compte rendu de la séance du 16 mars 1936, de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de Paris.
- DAVY. — Situation du Sanatorium dans la Thérapeutique actuelle de la tuberculose. — *Revue de la Tuberculose*, Juin 1936.
- Robert DEBRÉ et Etienne BERNARD. — *Presse Thermale et Climatique*, novembre 1932.
- M. M. DEBRÉ et Marcel LELONG. — Notions de la Tuberculose de l'enfance.
- Armand DELILLE. — *La cure Hélio-Marine*, n° 5 de 1937.
- GALLAND. — Climats Marins et l'enfant. — Rapport présenté au XIV^e Congrès d'Hydrologie et de Climatologie et de Géologie médicales, Toulouse 1933.
- Albert GIRALD. — Précis de Physiologie.
- KELLY, SAMUEL, WALTER. — *Surgical diseases of children*.
- MM. MARFAN, BEZANÇON, LÉON BERNARD, RIST, SERGENT. — Valeur de la cure Sanatoriale dans le Traitement de la Tuberculose pulmonaire. — Rapport présenté à l'Académie de Médecine.
- MM. MORIQUAND et W. BRUNAT. — Climatothérapie et crénothérapie en chirurgie orthopédique, du Traité de chirurgie orthopédique de MM. OMBRÉDANNE et MATHIEU.
- Dr NOBÉCOURT. — Thérapeutique hydro-climatique et pédiatrie.
- MM. NOBÉCOURT et BABONNEIX. — Traité de Médecine des enfants.
- MM. OMBRÉDANNE et MATHIEU. — Pratique chirurgicale orthopédique.
- M. PIÉRY et RESHEIM. — Histoire de la Tuberculose. — DOIX, éditeur.
- Rapport du VI^e Congrès de Thalassothérapie, Berck, 1931.
- Rapport du VII^e Congrès de Thalassothérapie, Berck, 1935.
- Rapport du XIV^e Congrès International d'Hydrologie et de Climatologie et de Géologie médicales, Toulouse, octobre 1933.
- Rapport du XV^e Congrès International d'Hydrologie et de Climatologie.
- Dr RIST. — La Tuberculose.
- MM. Henri SELLIER et Henri ROUSSELLE. — Office public d'hygiène sociale du département de la Seine et la lutte antituberculeuse dans l'agglomération parisienne.

- MM. SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, L. BABONNEIX. — Traité de pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. — Le Chapitre de M. SABOURIN DE DURTOL.
- E. SORREL et PAYER. — Les ostéites tuberculeuses du Traité de Chirurgie orthopédique de MM. OMBRÉDANNE et MATHIEU.
- TOBÉ, DAVY, DOCAÏI. Sur le Problème sanatorial. — *Revue de la Tuberculose*, mai 1936.
- P^{rs} Maurice VILLARET et JUSTIN-BESANÇON. — Clinique et thérapeutique hydro-climatique.
- P^r Maurice VILLARET et SAINT-GIRONS. — Cures thermales et climatiques chez les enfants.
- WEILLER et ISRAËL. — Quelques aspects du problème sanatorial. — *Revue de la Tuberculose*, novembre 1935.

b) LE RHUMATISME :

Le rhumatisme est un véritable fléau social, « c'est l'ennemi social n° 10 » comme l'appellent les américains.

Une lutte à la fois scientifique et sociale est organisée dans tous les pays sous l'impulsion de la Ligue Internationale contre le Rhumatisme, dont le Docteur Van Breemen, d'Amsterdam, est le secrétaire. La fréquence et l'importance des Conférences Internationales prouvent la nécessité où se trouvent toutes les nations de lutter activement :

Conférence internationale du rhumatisme progressif généralisé, Aix-les-Bains, juin 1934 ;

4^e Congrès du Rhumatisme, Moscou, mai 1934.

Congrès de la Goutte et du Rhumatisme, Vittel, septembre 1935,

Congrès International du Rhumatisme, Lund (Suède), septembre 1936,

Journée Internationale du Rhumatisme, organisée par la Ligue Française contre le rhumatisme, Paris, octobre 1937,

Congrès International du Rhumatisme, Oxford, mars 1938, pour ne citer que les plus importants et les plus récents. Presque tous les pays possèdent une Ligue contre le Rhumatisme. Pour rester dans notre cadre, nous ne pouvons toujours pas détailler les moyens mis en œuvre pour lutter contre cette maladie, mais nous nous contenterons d'indiquer par des chiffres particulièrement probants les ravages causés par le rhumatisme.

Ce problème ne peut, ni ne doit nous laisser indifférents. La France est soumise à la loi sur les Assurances sociales, et déjà les caisses ont pu chiffrer les dégâts et pousser le cri d'alarme. La lutte anti-rhumatismale doit être active : un tout récent article dans la *Presse Médicale* de MM. Laignel-Lavastine et Dejust, intitulé « Appel en faveur des rhumatisants dont la misère est très onéreuse, » met au point la question.

Avant de voir la façon dont nous sommes médicalement armés, regardons déjà ce qui se passe à l'étranger.

En Suède : où la lutte anti-rhumatismale semble bien or-

ganisée, des statistiques claires indiquent l'étendue du mal. Le Professeur agrégé Kahlmeter de Stockholm rapporte que la Direction des Pensions, organe des Assurances sociales, a publié des statistiques parues dans l'*Acta Medica Scandinavica*, tome 59, 1923. Ces statistiques ont montré que le rhumatisme est une maladie plus importante, au point de vue social, que la tuberculose et que le rhumatisme chronique est la cause la plus fréquente d'invalidité précoce. Il en est ainsi dans 9 % des cas. Le chiffre fut établi après examen de 20.000 certificats médicaux signés du Dr Kahlmeter, donc parfaitement justes.

Une enquête analogue effectuée en 1929, donne le chiffre de 12,4 %. La Suède accorde chaque année 5.000 nouvelles pensions d'invalidité pour rhumatismes incurables. La longévité des rhumatisants est souvent assez grande, il est possible de se rendre compte des charges que cette affection peut occasionner à l'Etat.

En Allemagne : D'après le Professeur Guzdent, de Berlin, il fut publié en 1928 une importante étude du rhumatisme et de ses conséquences économiques et sociales (Editions Remar Hobling, Berlin, 1928, par Arnold Zimmer). Ces chiffres concordent avec ceux des autres pays. Le Professeur Guzdent, dans son livre sur « La Goutte et le Rhumatisme », établit que 10 % de toutes les affections rentrent dans le rhumatisme et que le nombre des rhumatisants est 8 fois plus grand que celui des tuberculeux.

En Angleterre : D'après M. W. S. G. Copeman, de Londres, le Ministère de la Santé publique publia dès 1924 un rapport intitulé « Incidence of rheumatism ». Ce rapport donnait une étude des graphiques d'assurance de certains districts. En 1928, au Congrès de Bath, Sir Walter Kinnear donna les premières statistiques officielles, maintes fois reproduites depuis, et bien connues. En 1927, les secours pour maladie ou impotence distribués par les Sociétés de bienfaisance officielles en Angleterre, Ecosse et Pays-de-Galles montaient à 20.000.000 de livres sterling, ce qui équivalait à

34.000.000 de semaines d'incapacité. Mais en tenant compte de tout, ce chiffre pourrait atteindre 35.000.000 de semaines: sur ce nombre 5 millions et demi de semaines peuvent être attribuées au rhumatisme. Chaque année 5 millions au moins de livres sterling sont donc payées pour le rhumatisme. Cette somme ne comprend pas les dépenses faites pour les malades en traitement qui ne sont pas impotents; elle ne comprend pas le coût des traitements et hospitalisations; elle ne couvre que partiellement le prix des traitements des malades âgés de plus de 70 ans, qui sont plus élevés. Cette évaluation étant uniquement faite sur les assurés, les dépenses doivent être en réalité plus importantes et difficiles à évaluer.

En Autriche : D'après le Docent Dr E. Freund, de Vienne, la lutte antirhumatismale ne semble pas moins active et le fléau moins redoutable. Les Assurances sociales étant divisées en plusieurs branches, et chacune ayant une façon différente d'établir ses statistiques, il est moins aisé d'avoir une vue d'ensemble. Pour les Assurances sociales et les Assurances des ouvriers de Vienne, il semble que les dépenses faites pour les affections pouvant être rangées dans la classe rhumatismale atteignent 7 % des dépenses totales.

Aux Etats-Unis d'Amérique : Ainsi que le rapporte M. Mathieu-Pierre Weil (Osgood, 1932, Bigelow et Lombard, 1933), près de 12 % de la population souffre de rhumatisme. Dans le Massachusetts, la proportion des rhumatisants est de 3,2 pour cent, le chiffre dépasse celui de la tuberculose, du cancer, des maladies de cœur réunies. Dans l'Etat de Nebraska (U. S. A.); sur une population ouvrière, 19 % des arrêts de travail sont imputables au rhumatisme (Thomson, 1932). Dans la ville de New-York-City, il existe 8.000 rhumatisants absolument impotents (Douglas Taylor, 1934). Le rhumatisme et la goutte donnent des proportions d'invalidité de 16,6 pour cent et de 19,6 pour cent, si on fait entrer dans la statistique les cas de rhumatisme musculaire. D'après Flechter, le rhumatisme coûtait en 1922 la somme de 200 millions de dollars aux Etats-Unis d'Amérique.

En Hongrie : D'après le Professeur agrégé Lajos von Pap de Budapest, le nombre des rhumatisants serait par an, de 180.000 à 200.000, soit approximativement 8 à 10 pour cent de la morbidité totale de la population.

En Hollande : 9 pour cent des rentes d'invalidité accordées par l'Etat vont aux rhumatisants (de Munter).

En Pologne : D'après le Professeur Reicher, de Varsovie, grâce au travail du Dr Kluszinski, Vice-Président de la Ligue Polonaise contre le rhumatisme, on a pu se rendre compte que le rhumatisme est une maladie fort coûteuse pour le pays. Les Assurances sociales dépensent tant pour les soins des malades que pour les indemnités de travail, des sommes qui dépassent de beaucoup celles occasionnées par la tuberculose. En Pologne comme dans les autres pays, le rhumatisme est un grave fléau social.

En Belgique : D'après le Professeur Isi. Gunzburg, de Bruxelles, le pourcentage des rhumatisants atteint près de 10 % des invalidités professionnelles, c'est un chiffre, dit-il, qui doit faire réfléchir.

En U.R.S.S. : 7.000.000 de roubles or furent versées en 1928 comme pension aux rhumatisants ; dans les campagnes ces malades sont deux fois plus nombreux que les tuberculeux (Prof. Danichevski).

En France : D'après M. Mathieu-Pierre Weil, les plus anciennes statistiques seraient celles de MM. Lœper, Bergeron et Varan, datant de 1916, portant sur les évacuations pour rhumatisme dans un secteur du front, et celle de M. Paul Blum et Wisner, 1930, concernant les employés de chemin de fer d'Alsace-Lorraine. L'affection rhumatismale représentait 20 % des journées d'incapacité et 13,6 % pour les dépenses en pensions.

D'après M. Lacapère, Secrétaire Général de la Section d'étude des maladies rhumatismales au Ministère de la Santé

Publique, la fréquence du rhumatisme en France serait environ de 10 % du total des malades.

Une toute récente statistique, parfaitement détaillée du Ministère de la Santé Publique sur les maladies rhumatismales, donne de très intéressants renseignements :

Une enquête faite auprès de médecins spécialisés dans le traitement des affections rhumatismales montre que sur un ensemble de 11.878 malades, 35 pour cent des cas peuvent être classés dans le rhumatisme chronique déformant progressif,

44 pour cent des cas seraient des manifestations articulaires isolées.

La Caisse interdépartementale des Assurances sociales (Seine et Seine-et-Oise), fournit une statistique du Dr Marx, qui est non moins instructive.

Du 1^{er} mars 1936 au 28 février 1937, 46.591 malades ont été examinés au Contrôle Médical du siège social de la Caisse. Parmi ces malades on a relevé 1.715 rhumatisants, dont 723 hommes et 922 femmes, qui ont coûté à la Caisse pendant cette période 1.282.678 fr. 10.

Le Dr Barthe établit une statistique portant sur un groupement usinier de la région parisienne. Cette enquête porte sur trois années consécutives. Le personnel intéressé est extrêmement stable, en raison de son contrat de travail datant de 1920, modifié en 1937. Les cas ayant donc donné lieu à un arrêt de travail expriment avec une certaine fidélité l'image de la morbidité de ce personnel en raison des conditions d'allocations dont jouissent les ouvriers malades.

L'effectif moyen du personnel de cette usine pendant les trois années 1934, 1935, 1936 était de 1.077 ouvriers. *L'affection rhumatismale représente un chiffre de 12,72 pour cent des malades.*

Le rhumatisme aurait causé dans cette usine 7.612 journées et demie d'arrêts de travail. Le rhumatisme s'inscrit, du point de vue des arrêts de maladie, et des pertes qui en résultent, pour 11,88 % des arrêts totaux de maladie, et 13 % du total des indemnités maladie.

L'invalidité du fait de rhumatisme est 3.50 % du total des invalidités de toutes natures.

Le Dr Aublant fournit des chiffres intéressants sur le département de la Seine-et-Oise. Le rhumatisme articulaire aigu serait relativement peu fréquent, mais les complications cardiaques sont observées fort souvent. Le chiffre le plus mentionné est 50 %. Presque tous les médecins de Seine-et-Oise consultés indiquent que les malades rhumatisants représentent environ 5 à 10 pour cent de leurs malades. La durée moyenne des traitements varie de deux à six mois, nombreux sont les médecins qui indiquent « durée indéfinie », « durée illimitée ». Les asiles sont encombrés de rhumatisants chroniques, une maison de retraite contient 22 rhumatisants chroniques sur 34 pensionnaires.

Dans les armées de terre et de l'air, en 1935, le taux de la morbidité rhumatismale a été de 11,60 pour mille pour la Maladie de Bouillaud, et de 0,76 pour mille pour le rhumatisme chronique.

Une enquête sur la morbidité rhumatismale dans la Compagnie des Chemins de fer Paris-Orléans, donne un pourcentage de 8,1 %.

Une enquête faite dans une mine de fer (le gisement se trouve à une profondeur variant de 100 à 200 mètres, le milieu est sain, peu humide, bien éclairé, de température constante), montre que le rhumatisme entre dans le pourcentage invalidité-maladie dans une proportion de 18 % de la morbidité générale. Il occupe la place immédiatement après la grippe et la bronchite.

M. le Prof. agrégé Coste estime que dans les 6 dernières années la morbidité annuelle rhumatismale dans les Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris a été au total de 3.771 cas.

6.624 malades au total sont hospitalisés annuellement pour rhumatismes et ses complications.

Dans les consultations de rhumatologie des Hôpitaux de Paris (Assistance publique), il a été donné 29.895 consultations en 1935 et 29.262 en 1936.

Dans les consultations de médecine générale, 30.960 con-

sultations sont données chaque année pour rhumatismes.

Le nombre total des traitements physiothérapiques donnés dans les 20 grands Etablissements de l'Assistance publique sont de 307.926 en 1934, et de 352.210 en 1935. Ce chiffre augmentant chaque année il est probable qu'il est actuellement supérieur à 450.000.

Si d'opinion générale 30 % de ces traitements concernent des rhumatisants, on se trouve alors en face du chiffre de 135.000 traitements, qui pourraient avoir été appliqués à environ 16.875 malades.

Le nombre total des consultations et des traitements (physiothérapie exceptée), serait de 60.500.

Le total des dépenses occasionnés à l'A. P. de Paris serait de 10.846.776 francs. Ce chiffre serait un minimum, l'évaluation est difficile et certains facteurs variables. Le chiffre de 20.000.000 de francs est tout aussi plausible, dit le Prof agrégé Coste, dans son rapport, auquel nous avons emprunté ces chiffres.

Dans ce même travail statistique de la Commission du Rhumatisme au Ministère de la Santé Publique, le Dr Wimmer, qui fit des statistiques pour l'Institut d'Assurances sociales d'Alsace et de Lorraine, qui lui adresse chaque année un nombre assez conséquent de rhumatisants, dit que grâce à l'obligeance de ses confrères, il a pu constater que 75 % des malades envoyés à Morsbronn, en traitement thermal, travaillaient 4 semaines après la cure, après avoir été de longs mois incapables de travailler.

Le pourcentage des rentes d'invalidité accordées pour affections rhumatismales était de 13,6 % en Alsace et en Lorraine. C'est une proportion considérable.

Tous ces chiffres et données, empruntés au remarquable travail de la Commission du Rhumatisme au Ministère de la Santé Publique ne prouvent-ils pas d'une manière frappante l'importance des maladies rhumatismales ?

Cette énumération montre bien, nous le pensons, l'importance et la fréquence de l'affection rhumatismale dans le monde.

Nous allons essayer de montrer maintenant la place que peut tenir la crénoclimatothérapie dans la lutte antirhumatismale. Mais pour le faire plus clairement il nous faut d'abord envisager la maladie rhumatismale à travers les âges, afin de mieux mettre en évidence que, comme le disent MM. le Professeur Bezançon et Mathieu-Pierre Weil, « l'étude des affections dites rhumatismales est encore pleine d'obscurité, et, tout au plus, peut-on poser les bases d'un certain nombre de problèmes, qui doivent à l'heure actuelle retenir l'attention des cliniciens et des hommes de laboratoire... », « car s'il est des chapitres de la pathologie qui représentent quelque chose d'achevé, il en est d'autres, et le rhumatisme est de ce nombre, où l'on a la sensation que, malgré l'énorme effort accumulé pendant des siècles, on est à peine à l'aube d'une ère nouvelle, qui va marquer la phase scientifique de la maladie... »

MM. le Professeur Fernand Bezançon et Mathieu-Pierre Weil ont tracé d'une manière si claire et d'un point de vue si médical, l'évolution à travers les âges de la maladie rhumatismale, que nous ne pouvons mieux faire que de nous en inspirer.

Hippocrate, né en 460 avant J.-C., distingue les arthrites du rhumatisme, et le rhumatisme de la goutte.

Au v^e et au iv^e siècle avant J.-C., les Asclépiades distinguaient déjà la podagre, l'arthritidis, les arthropathies déformantes, les lassitudes spontanées, qui semblent être le rhumatisme musculaire, et les névralgies. Ces notions précises semblent se perdre par la suite et tout alors se nomme arthritidis; il faut arriver au xvi^e siècle pour voir renaître les théories d'Hippocrate, bien décrites dans son livre « des affections ».

Baillou (1560-1610), sépare la goutte du rhumatisme.

Sydenham (1680), individualise la goutte et la décrit.

Sauvage (1706-1769), distingue également la goutte du rhumatisme.

Cullien (1710-1790), sépare le rhumatisme musculaire de l'articulaire.

Bichat (1771-1802), voit dans le rhumatisme une affection des tissus fibreux et des aponévroses.

Chomel, en 1813, étudie les lésions articulaires du rhumatisme.

Bouillaud, cardiologue éminent, en 1834, décrit le rhumatisme articulaire aigu, montre qu'il est indépendant des autres maladies articulaires, et que les tissus fibreux du cœur participent comme les autres au processus aigu.

Les Annales de la Société des Hôpitaux de 1866-1867, montrent les discussions que soulève l'arthrite gonococcique. En 1867 Lasèque déclare qu'il la considère comme une localisation articulaire d'une pyohémie atténuée. Des cliniciens : Fleury, Debaux, Caron, etc., avaient signalé des localisations articulaires au cours d'états infectieux, mais c'est Bouchard qui, vers 1885, individualisa le pseudo-rumatisme infectieux.

Lannelongue en 1886, identifia cinq grandes classes d'arthrites.

De Lapersonne, en 1886, oppose nettement au rhumatisme les arthrites septiques ou virulentes.

En ce qui concerne le rhumatisme chronique, c'est à Sydenham (1624-1689), que l'on en doit les premières notions.

Cullien, au XVIII^e siècle, vit dans le rhumatisme une forme aiguë et une forme chronique.

Hunter, en 1759, décrit une arthrite sèche.

Heberden, en 1804, décrit de petites nodosités qui portent son nom.

Haygarth, en 1805, dit que le rhumatisme est un cloaque d'ignorance, mais il décrit bien les nodosités des jointures.

La publication de la thèse de Charcot, en 1853, est une date importante dans l'histoire du rhumatisme chronique. La description magistrale de la forme généralisée fait époque. Charcot se bornait à décrire, évitant toute dénomination.

En 1857, Adams, de Dublin, sépare le rhumatisme chronique généralisé du rhumatisme partiel, et du rhumatisme articulaire chronique des extrémités. Cette classification servit

de base à la nosologie française, malheureusement une nosologie et une synonymie trop abondante purent troubler l'esprit des médecins.

Dépuis, la classification qui paraît le plus en faveur, est celle de Tessier et Roques.

La fin du siècle dernier avait vu tendre les efforts vers la découverte du virus rhumatismal.

Klinge a montré l'état de sensibilité des rhumatisants et leurs réactions hyperergiques.

Leriche et Policard montrèrent l'importance des troubles vasculaires.

Lafitte et May firent ressortir le rôle du système nerveux neuro-végétatif.

L'accord semble loin d'être définitif, faute d'éléments, toutefois, il faut remarquer que souvent d'intéressantes mises au point sont faites...

Il est maintenant possible de comprendre que devant une affection aussi mal délimitée, qui a une étiologie et une nosologie si discutées, la thérapeutique, bien qu'active, soit multiple et souvent incertaine. C'est ce qui fit dire à M. Max Durand-Fardel : « Quand un individu est sujet à des douleurs des muscles, des nerfs, des viscères, des articulations, qui ne peuvent être rattachées à aucun autre état morbide déterminé, on dit qu'il est rhumatisant. »

La thérapeutique du rhumatisme s'est modifiée depuis que l'on a individualisé la Maladie de Bouillaud. De ce fait, la médication salicylée, qui garde tous ses droits dans le rhumatisme articulaire aigu, a perdu beaucoup de place dans le rhumatisme articulaire chronique.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, le salicylate de soude est toujours le médicament merveilleux des manifestations articulaires, mais n'ayant qu'une faible action préventive sur les manifestations cardiaques. Le salicylate peut avoir une remarquable action sur les manifestations articulaires en dehors de la Maladie de Bouillaud, à condition qu'elles aient un caractère fluxionnaire et mobile (Prof. Bezançon).

Sans détailler à dessein les thérapeutiques, on peut dire que des traitements multiples apportent en bloc leur soula-

gement aux rhumatisants, mais qu'il n'en est pas de spécifiques. Il est en outre des formes de RAC impossibles à classer pour lesquelles une thérapeutique variée et symptomatique est indiquée. Evidemment, chaque produit a des résultats encourageants, mais son action ne peut être, dans la plupart des cas, indéfiniment continuée, et elle est loin d'être toujours complète. Il est en règle générale de grand intérêt de les varier. *C'est alors que la crénothérapie qui n'en contre-indique aucun doit être considérée comme un complément utile, et presque indispensable.*

La chirurgie a été utilisée dans la lutte antirhumatismale, soit par l'action de la parathyroïdectomie, qui semble devoir être considérée, dit le Prof. Bérard, non comme une thérapeutique étiologique, destinée à lutter contre un hyperfonctionnement, dont on n'a pas fourni de preuves indiscutables, mais comme un traitement symptomatique; soit par des interventions locales et orthopédiques sur les articulations lésées.

La physiothérapie a un rôle important dans le traitement du rhumatisme. Elle semble toujours devoir être utilisée comme complément et aide nécessaire à la chimiothérapie. Grâce à cette association on peut parfois faire régresser la maladie et récupérer socialement un grand nombre de malades (H. Dausset) .

Mais toutes les méthodes, et nous ne les détaillons pas à dessein, ont leurs succès, leurs insuccès, leurs indications, leurs contre-indications, parfois leurs accidents. Les études de M. Forestier et Mlle Certonciq, par ailleurs, de M. Perlès, sur la chrysothérapie, les indiquent bien. La médication interne radio-active par exemple, si bien étudiée par M. Coste, a également les siens... C'est la raison pour laquelle la crénothérapie offre tant d'intérêt. Vieille comme la civilisation, et l'ayant vraisemblablement devancée, elle a certes ses échecs, mais elle offre sur toutes les autres méthodes l'avantage de pouvoir, presque sans inconvénient, les compléter toujours, et souvent les suppléer.

Du point de vue thérapeutique, nous pouvons très grossièrement envisager la crénothérapie.

dans la goutte,

dans les séquelles de rhumatisme articulaire aigu,

dans le rhumatisme articulaire chronique.

En ce qui concerne la goutte, le rôle de la crénothérapie a été parfaitement délimité par MM. les Prof. Lemierre et Justin-Besançon, au Congrès de Vittel, de septembre 1935. Appuyée de longue date sur des observations cliniques étendues, étayée plus récemment par les données des analyses humorales, la thérapeutique hydro-minérale joue un rôle de premier plan dans la goutte.

Le mode d'action général des cures thermales dans la goutte est encore entouré des obscurités qui planent sur la pathologie de cette affection; on peut reconnaître cliniquement aux traitements thermaux de la goutte un triple effet : d'abord ils exercent une certaine sédation sur les manifestations de la maladie goutteuse, ensuite et plus encore, ils semblent agir sur le terrain diathésique, enfin, il ne faut pas négliger l'action du traitement thermal sur les lésions viscérales associées.

Quant au rhumatisme aigu, il contre-indique en période de crise toute crénothérapie; en période de convalescence la chose est différente.

Le rhumatisant convalescent doit être envoyé dans un climat sec, tempéré, bien protégé contre les vents; climat doux, sans variations météorologiques brusques, sans humidité, sans brumes, tel qu'en fournit l'arrière pays de la côte provençale, la région de Pau, les vallées des Pyrénées (Mouriquand).

Il existe quelques indications précises pour les cures thermales, lorsqu'il persiste pendant les mois qui suivent la crise, des douleurs et des raideurs articulaires; les eaux thermales chaudes peuvent amener rapidement une sédation complète. Mais c'est surtout quand le rhumatisme touche le cœur que la cure hydro-minérale est à recommander. Tantôt il existe alors des troubles fonctionnels, tantôt on constate des troubles dûs à une endocardite déjà constituée. C'est dans ces cas qu'une cure genre Bourbon-Lancy, trouve une indication particulière, à condition de n'y envoyer que des sujets dont la

crise aiguë est terminée depuis trois mois au moins. Sous l'effet des bains, le fonctionnement du cœur devient meilleur. Il est bien entendu qu'aucune cure thermale ne peut faire rétrocéder une lésion cardiaque déjà constituée, mais elle peut en atténuer les effets pénibles (Grenet et Pélissier).

Le Prof. Vaquez, dans son livre sur les Maladies du Cœur, reconnaît aussi les heureux effets des bains carbo-gazeux, type Royat.

M. le Prof. Clerc signale également dans son livre sur le Cœur, les cures de Bourbon-Lancy, qui auraient une double action, et sur le cœur et sur les séquelles rhumatismales.

Il en est de même en Médecine Infantile. M. le Prof. Nobécourt, dans le traitement qu'il conseille aux enfants atteints de Maladie de Bouillaud, recommande de les faire vivre dans un climat tempéré, à la campagne.

Il conseille également pour les jeunes malades qui relèvent d'une atteinte de la Maladie de Bouillaud, des cures hydro-minérales qui auront l'avantage de « modifier le terrain ».

A certaines phases de l'évolution des cardiopathies de la Maladie de Bouillaud, le Prof. Nobécourt conseille les cures hydro-minérales, qui seraient surtout indiquées dans les formes légères et moyennes, quand les phénomènes aigus ont disparu depuis quelques semaines, et quand la cardiopathie semble stabilisée.

Quant au rhumatisme articulaire chronique, la crénothérapie et la physiothérapie sont à la base de la thérapeutique, a écrit le Prof. Bezançon.

Mais il est indiscutable qu'en thérapeutique thermale, le rhumatisme ne peut être considéré dans une nosologie étroite. C'est ce qui a fait dire à MM. Maurice Villaret et Justin-Bezançon, dans leur Clinique thérapeutique hydro-climatique : « En crénothérapie, dont le mécanisme d'action est encore très largement inconnu, on ne peut envisager le rhumatisme dans un cadre nosologique trop ferme, il faut entendre par rhumatisant les sujets présentant des troubles articulaires d'origine toxi-infectieuse ou mécanique, en excluant les arthrites bacillaires et les arthropathies nerveuses ».

MM. Françon et R. Merklen semblent également avoir bien

situé la question en écrivant : « La crénothérapie occupe une place considérable dans le rhumatisme articulaire progressif... Le résultat dépend de la répétition des cures. Il est indispensable que le traitement thermal soit étroitement adapté aux contingences des cas individuels et que des techniques variées répondent aux moments successifs de leur évolution. D'où la nécessité pour les stations de ne pas offrir un traitement passe-partout, mais un grand nombre de pratiques différentes susceptibles elles-mêmes d'un réglage délicat en fonction des réactions prévues ou enregistrées. »

Cette action des cures thermales surtout en ce qui concerne les eaux sulfureuses a été maintes fois signalée et minutieusement étudiée par M. le Prof. Rathery (Académie de Médecine, 15 mai 1935).

La thérapeutique hydro-minérale peut être complémentaire ou substitutive des autres thérapeutiques.

Complémentaire, dans le cas de la chrysothérapie, par exemple : M. Françon ordonne les cures thermales dans les périodes intercalaires du traitement...

Substitutive, comme l'a fort bien fait remarquer M. le Prof. agrégé Justin-Besançon au Congrès du Rhumatisme, Paris, octobre 1937. « Le Professeur Coste, et ceux qui ont pris la parole au sujet de son rapport ont unanimement souligné les accidents parfois épouvantables déclanchés par l'administration de substances radioactives chez des rhumatisants chroniques. On ne peut que souligner l'atmosphère optimiste laissée par le rapport de MM. le Prof. Piéry et Milhaud sur les cures hydro-minérales radioactives et le rhumatisme. Avec les cures thermales radio-actives on n'a jamais d'accidents. Dès lors il est logique d'appliquer ces traitements à tous les rhumatisants sans distinctions de classes sociales ».

Après ce bref exposé, que pouvons-nous dire ? Sinon que les cures thermales sont des moyens d'action très utiles dans la lutte antirhumatismale. La majorité des pays semble l'avoir compris.

En Suède (Kahlmeter), où les Assurances sociales possèdent des hôpitaux thermaux, en Angleterre, où les hôpitaux des villes d'eaux sont utilisés depuis de longues années, en

Tchécoslovaquie (Prof. Cmunt), en Hongrie, en U. R. S. S. (Prof. Danichevski), où le traitement des rhumatisants dans les stations balnéologiques a pris un immense développement : 144 stations fonctionnent actuellement, totalisant 64.000 lits; le nombre des malades soignés dans les stations atteint en 1933 cent trente-six mille.

Ce sont ces constatations multiples qui ont fait dire à M. le Prof. agrégé Justin-Besançon, délégué de la Société d'Hydrologie à la Commission du Rhumatisme du Ministère de la Santé Publique, à cette Commission : « Dire l'importance des cures thermales dans la lutte antirhumatismale, c'est rappeler les données fournies par le secrétariat de la Balnéologische Gesellschaft allemande : grâce aux cures thermales, les Caisses ont vu baisser dans de telles proportions le taux des invalidités temporaires des rhumatisants, qu'elles ont réalisé de très substantiels bénéfices ».

Quant au Climatisme, il n'est pas à proprement parler thérapeutique; il est cependant loin d'être négligeable dans l'affection rhumatismale. Cette croyance publique faite d'observation millénaire qui lui a toujours attribué tant d'importance dans « les douleurs », a été souvent cliniquement vérifiée. La météoropathologie est actuellement une science, comme l'a dit le Prof. Riebet à la XXX^e session d'Assises Nationales sur la Météoropathologie. La présence à cette session de nos plus éminents médecins, les Prof. Carnot, Siredey, Lereboullet, Lesné, Sergent, Justin-Besançon, et le nombre des discours prononcés, indiquent qu'il est possible d'accorder une importance certaine au climat, sans paraître sortir du domaine de la science médicale.

L'observation concorde bien avec ces données, tel rhumatisant souffrant continuellement dans une région voit ses crises s'espacer et tendre à disparaître dans un climat approprié et favorable. Aussi le climatisme sans être à proprement parler un traitement, peut être considéré comme la base de tous les traitements, puisqu'aucun d'eux ne sera efficient dans un climat défavorable, humide, froid, ayant de brusques variations atmosphériques.

Le climatisme a donc sa place également dans la lutte an-

lirhumatismale; il devra être pris en considération pour la situation des établissements hospitaliers, le déplacement des malades, et l'indication des régions appropriées. En résumant les expériences anciennes, et les recherches scientifiques récentes de E. et H. Biancani, Reutscher, F. Vauzant, L. Rowntree, de Cauvy, Halls, Dailly, Piéry, etc., M. P. Weil dit : « Le rhumatisant a besoin d'un climat sec, ensoleillé, positivement électrisé »; il énumère ensuite ce que la médecine sociale doit indiquer aux rhumatisants : « Les endroits secs, dégagés, ensoleillés, stables de température, au sol sablonneux, calcaire, où le rhumatisant pourra trouver les conditions climatiques les plus favorables à son complet rétablissement ».

BIBLIOGRAPHIE

- Assemblée de la Section française de la Ligue contre le rhumatisme, 15 octobre 1934. — Compte rendu.
- BARBEAU, FLURIN, FRANÇON, GAY. — Les rhumatisants chroniques aux eaux minérales. — *Bulletins généraux de thérapeutiques*, mars 1932, n° 3.
- BÉRARD, THIERS et HENRY. — Mode d'action de la parathyroïdectomie sur le rhumatisme chronique. — *Revue du Rhumatisme*, janvier 1936.
- BEZANÇON et M.-P. WEIL. — Climatothérapie et Hydrothérapie des rhumatismes chroniques. — *Monde Médical*, 20 avril 1935, n° 16.
- Fernand BEZANÇON et Mathieu-Pierre WEIL. — Introduction à la pathologie articulaire. — *Revue du Rhumatisme*, janvier 1934.
- BIANCANI E. et H. — Rhumatisme chronique et agents physiques. — *Revue du Rhumatisme*, janvier 1938.
- BIRCHER (Franklin). — L'alimentation rationnelle est à la base de tout traitement d'arthritique et de rhumatisants. — *Revue du Rhumatisme*, janvier 1937.
- CLERC. — Cœur et Vaisseaux, du Précis de Pathologie médicale. Collection des Précis médicaux. — Masson et Cie, éditeurs.
- Compte-rendu de la Ligue contre le rhumatisme, séance du 28 février 1935. — *Revue du Rhumatisme*, mars 1935.

- Compte-rendu de la réunion de la Ligue française contre le rhumatisme, séance du 23 mars 1935.
- Compte-rendu de la réunion de la Ligue française contre le rhumatisme, séance du 28 octobre 1935
- Compte-rendu du Congrès du rhumatisme à Lund-Stockholm, septembre 1936.
- Compte-rendu de l'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme, Paris, octobre 1936.
- Compte-rendu de la Journée internationale contre le rhumatisme, Paris, octobre 1937.
- Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé, (Aix-les-Bains, juin 1934). — Compte-rendu.
- Congrès du Rhumatisme, Moscou, 6 mai 1936. — Compte-rendu.
- H. DAUSSET. — Physiothérapie du rhumatisme. — *Revue du Rhumatisme*, janvier 1935.
- H. DAUSSET et DEJUST, FERRIER. — Traitement physiothérapique des arthrites de la hanche. — *Revue du Rhumatisme*, avril 1934.
- DUVOIR, Edouard PICHON, Mlle DE CURSAY. — Sur les rapports de la Maladie de Bouillaud et des processus biopathologiques de sursensibilité. — *Revue du Rhumatisme*, février 1935.
- FORESTIER. — Les cures thermales et chrysothérapie. — *Gazette médicale de France*, n° 5 de 1933.
- FORESTIER et Mlle CERTONCINY. — Chrysothérapie du rhumatisme chronique. — *Revue du Rhumatisme*, juillet 1935.
- FORESTIER et CERTONCINY. — La chrysothérapie prolongée dans le traitement des polyarthrites. — *Revue du Rhumatisme*, juin 1936.
- F. FRANÇON. — Compte-rendu de la 3^e Conférence américaine sur les affections rhumatismales. — *Revue du Rhumatisme*, février 1935.
- FRANÇON et R. MERKLEN. — Crénothérapie du rhumatisme. — *Revue du Rhumatisme*, janvier 1935.
- R. GRANDPIERRE. — Facteurs climatiques et douleurs rhumatismales. — *Est thermal et climatique*, n° 1, janvier 1935.
- GRENET et PÉLISSIER. — Les Rhumatismes.
- JAFFRÉ (Yves). — Contribution à l'étude et à la prophylaxie du rhumatisme chronique et de ses conséquences sociales. — *Thèse*, n° 504, Paris, 1937.

- KAHLMETER. — Les organisations sociales à l'étranger. — *Revue du Rhumatisme*, mai 1936.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Introduction à l'Histoire de la Goutte et du rhumatisme. — *Revue du Rhumatisme*, décembre 1937.
- MOURIQUAND. — Rhumatisme chronique et dysendocrinie. — *Revue du Rhumatisme*, décembre 1934.
- MOURIQUAND et W. BRUNAT. — Climatologie et crénothérapie dans le rhumatisme chronique. — *Précis de chirurgie orthopédique* de MM. OMBRÉDANNE et MATHIEU, Masson, éditeur.
- P^r NOBÉCOURT. — Traitement de la Maladie de Bouillaud, (Rhumatisme articulaire aigu) chez les enfants. — *Journal des Praticiens*, n° 6, février 1938.
- ORY. — Les frontières de la thérapeutique antirhumatismale. — *Revue du Rhumatisme*, décembre 1935.
- PERLÈS. — Les accidents de la chrysothérapie des rhumatismes chroniques. — *Revue du Rhumatisme*, juin 1936.
- P^{rs} PREVNER, ZEVIN, BOUTINE, SACHAROWA (de Moscou). — Sur la Pathogénie du rhumatisme aigu et du rôle de l'alimentation thérapeutique dans le processus rhumatismal. — *Revue du Rhumatisme*, juin 1935.
- LOUIS RAMOND. — Conférences cliniques médicales pratiques, 7^e fascicule. — Le Rhumatisme chronique.
- REICHER. — Le Rhumatisme en Pologne. — *Revue du Rhumatisme*, mars 1936.
- SICARD. — Les boues thermales dans les affections articulaires chroniques d'origine infectieuse. — *Presse médicale*, n° 69, 1934.
- R. SICARD. — Arthrites gonococciques et boues thermales. — *Paris médical*, n° 15, 1933.
- VAQUEZ. — Maladies du cœur, du Nouveau traité de Médecine de BROUARDEL, GILBERT et CARNOT.
- P^{rs} Maurice VILLARET et JUSTIN-BESANÇON. — Clinique et thérapeutique hydroclimatiques. — Masson et Cie, éditeurs.
- WEIL (M.-P.). — Rhumatisme et climats. — *Monde médical*, XLII, 1932, n° 813.1.7.
- WEIL (M.-P.). — Faut-il créer d'urgence des stations de cure pour les sujets convalescents de maladie rhumatismale ? — *Revue médicale française*, n° 5, 1931.
- WEISSENBAACH et FRANÇON. — Causes et Traitements des Rhumatismes chroniques.

- WEISSENBACH, Gilbert DREYFUS et PERLÈS. — Thérapeutique générale du rhumatisme. — *Revue du Rhumatisme*, janvier 1935.
- WEISSENBACH et FRANÇON. — Nosographie et séméiologie du rhumatisme chronique progressif. — *Revue du Rhumatisme*, janvier 1935.
- WEISSENBACH et FRANÇON. — Les différentes formes du rhumatisme chronique progressif, médications hydrologiques qui leur sont propres. — *Paris-Médical*, n° 16, avril 1933.

c) LA SYPHILIS :

La syphilis est également un effroyable fléau social.

La syphilis atteint l'homme en lui-même, amoindrisant sa résistance. Elle est susceptible de créer des tares lointaines, affectant particulièrement le système nerveux; cette constatation est due aux remarquables travaux de Fournier, qui nous a montré que 19 % des syphilitiques du cerveau succombent, 59 pour cent gardent une infirmité permanente, et 22 pour cent seulement recouvrent l'intégrité de leurs facultés. La syphilis peut atteindre tous les organes, et les réveils de son activité étant souvent imprévisibles, elle est un danger constant pour le malade dont en fin de compte elle abrège la vie d'au moins 4 ans.

* **La syphilis atteint également la Famille**, elle peut la désagréger, frapper des êtres innocents, elle peut la dévaster et la doter de dégénérés; car l'hérédo-syphilis est une des conséquences la plus redoutable de la syphilis.

Elle dévaste les foyers, car « la syphilis est la grande avorteuse » (Bar).

L'avortement est observé dans 15 pour cent des syphilis maternelles (Jeannin).

Les statistiques de A. Fournier indiquaient dans les hôpitaux parisiens une mortalité infantile de 84 pour cent. Pour M. E. Fournier, l'hérédo-syphilis détermine une léthalité considérable; les deux cinquièmes des cas, les quatre cinquièmes des survivants sont des dystrophiques, et 14 pour cent ont une syphilis virulente.

M. Pinard évalue à 40 pour cent la proportion des morts-nés imputables à la syphilis dans son service de Beaude-locque.

M. Couvelaire évalue à 19.000 la mortalité infantile annuelle de la syphilis. M. Verotti, étudiant la mortalité infantile de l'hérédo-syphilis donne les chiffres suivants : morta-

lité de 54 pour cent à la première génération, avec 21 pour cent d'enfants survivants, et à la deuxième génération une mortalité de 52,94 pour cent avec 28 pour cent d'enfants survivants (Verotti : *Sifilide ereditaria* di 2^e et 3^e generazione. *La Medicina Pratica*, 1924). M. Potelune, d'autre part, dans sa Thèse, Paris 1927, étudiant les accouchements chez les femmes hérédo-syphilitiques trouve dans 331 cas 282 avortements, accouchements prématurés, et morts dans les premières heures de la vie.

La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes estime que 60.000 enfants sont tués chaque année par la syphilis pendant la grossesse, à la naissance ou après. Comme la Ligue estime qu'il y a 36.000 sujets tués par la vérole après l'âge de 15 ans, il y aurait en France environ 100.000 sujets tués par la syphilis héréditaire.

Evidemment, dans toutes les statistiques et données de ce genre, il y a un élément d'appréciation.

Le Docteur Dekayser, dans son rapport sur le bilan de la syphilis fait à Nancy en 1928 dit que sur 55.000 morts-nés en Allemagne, 9.000 sont attribuables au spirochète pâle.

Et il en est à peu près de même dans la majorité des pays.

La syphilis atteint gravement la Société par les charges multiples qu'elle lui fait supporter : Traitement des malades indigents. La syphilis produit un grand nombre d'infirmes, de dégénérés, idiots, sourds-muets, aveugles, paralytiques, fous, etc., qui peuplent les asiles et les centres d'incurables. Elle remplit aussi en partie les Hôpitaux de Médecine générale : la recherche systématique de la réaction de Wassermann ne nous a-t-elle pas montré que 25 pour cent environ des maladies incurables sont d'origine syphilitique.

La syphilis atteint la Patrie, car elle produit l'abatardissement de la race, l'affaiblissement de la natalité, la dépopulation.

En France, d'après M. Jeanselme, la syphilis atteint 10 % de la population, soit près de 4 millions de Français des deux sexes.

Vingt mille enfants seraient tués, chaque année, par la syphilis dans le sein de leur mère. (Morti-natalité du 6^{me} mois au 3^{me} jour après la naissance).

Quarante mille avortements au moins chaque année sont le fait de la syphilis.

La syphilis cause au moins 80.000 décès, elle enlève donc à la France 140.000 vies humaines.

Aux Etats-Unis d'Amérique la situation ne paraît pas meilleure, M. Fox dans son article « The control of syphilis », paru dans *The urologic and cutaneous revue*, janv. 1932, p. 42, indique qu'aux Etats-Unis il y a environ 500.000 nouveaux cas de syphilis par an et 12 millions de syphilitiques au total, ce qui représente environ 10 % de la population. La mortalité de la syphilis dépasserait celle de la tuberculose. 12.300 malades sont internés pour paralysie générale et syphilis nerveuse, leurs séjours dans les asiles sont d'environ 14 mois. Huit mille d'entre eux, à peu près, meurent tous les ans. La journée d'hospitalisation étant environ de deux dollars et demi, ces malades coûtent à l'Etat plus de 11 millions par an ; on dépense par ailleurs plus de 15 millions pour les traitements ambulatoires. Un tout récent article de M. Ch. Mettling, dans le *Siècle Médical*, montre l'accroissement de la syphilis aux Etats-Unis, les 10 millions de syphilitiques américains seront bientôt 20 millions, dit-il. Six millions de malades seront bientôt en traitement (*Siècle Médical*, 15 avril 1938).

La syphilis est donc une redoutable maladie mondiale qui frappe à la fois l'individu, la famille, la société, la patrie.

Ceci étant défini, nous allons essayer de montrer de quelle façon la créno-climatothérapie peut être utilisée dans la lutte antisiphilitique. Mais sans aller plus avant, nous désirons dire tout de suite que dans l'état actuel de la question, *il n'y a pas à proprement parler de créno-climatothérapie de la syphilis*, c'est-à-dire, que nous ne pourrions pas par ce seul moyen guérir cette maladie, comme nous pourrions le faire au besoin de la tuberculose ou du rhumatisme. Mais, est-ce à dire que la syphilis ne trouve pas dans ce traitement plus qu'un adjuvant, et qu'il semble vraisemblable que nom-

bre de praticiens ne cherchent la guérison de leurs malades uniquement par la chimiothérapie, alors qu'ils pourraient trouver une aide intéressante dans la thermo-climatothérapie. D'autre part, ne semble-t-il pas, et c'est ce que nous allons essayer de faire ressortir, qu'il y aurait peut-être lieu de chercher dans les moyens naturels qui nous sont fournis dans la thermo-climatothérapie la solution de questions encore irrésolues dans le domaine de la syphilis.

Mais avant d'aborder cette question, voyons déjà l'évolution du traitement de la syphilis.

C'est vers la fin du ^{xv}^e siècle que la syphilis apparut en Europe occidentale, où elle fit de nombreuses victimes. L'épidémie se manifesta en premier lieu sous les murs de Naples en 1495.

Différentes hypothèses ont été proposées pour expliquer l'apparition de la syphilis. Peu nous importe dans ce travail ce point d'histoire, voyons plutôt la marche de l'affection.

Charles VIII séjourne à Naples seulement 80 jours, il laisse sur place une armée d'occupation, qui crée un foyer de syphilis. Il rentre en France et la dislocation de son armée, en novembre 1495, disperse ses soldats dans toutes les directions. Ils contribueront à répandre la maladie dans l'Europe entière. Elle gagne bientôt l'Orient et est signalée en Chine vers 1505. Elle fit rapidement le tour du Monde.

Lorsque la syphilis apparut en Europe, les Médecins désespérés ne savaient plus à quel médicament recourir. Certains à bout d'arguments, expliquaient la genèse du mal par des théories astrologiques, très en faveur à cette époque. Dioscoride et Galien avaient jeté l'anathème sur le Mercure, les médecins n'osèrent l'employer. Les guérisseurs de carrefours, à l'exemple des médecins arabes, qui l'employaient dans certaines maladies cutanées et parasitoses, firent rentrer le mercure dans leurs onguents. La méthode s'acclimata et beaucoup de médecins l'adoptèrent.

Pendant trois siècles le mercure fut à peu près la seule médication anti-syphilitique.

Vers 1822, l'iodure de potassium fit son apparition, Wal-

lace, de Dublin, publia un mémoire dans lequel il cita 142 cas de guérison par ce produit.

Fournier l'adopta, et régla les modalités d'un traitement mixte (mercure et iodure) qui devait durer 5 ans.

La fin du XIX^e siècle vit prescrire le mercure par voie hypodermique.

A la période contemporaine, la thérapeutique anti-syphilitique fit d'immenses progrès. Réduite jusqu'alors au mercure et à l'iodure, elle s'est enrichie de médicaments nouveaux d'une indiscutable efficacité : les arsenicaux trivalents et pentavalents, le bismuth.

En 1906, Wassermann et ses collaborateurs Neisser et Bruck, reprenant les travaux de Bordet et Gengou, déterminèrent la réaction qui permet le diagnostic de la syphilis en activité.

En ce qui concerne la crénothérapie de la syphilis, Frascator, en 1546, semble avoir eu recours le premier aux eaux minérales dans le traitement de la syphilis.

En 1622, Cabias écrivit que les eaux d'Aix en Savoie étaient utiles dans le traitement de la syphilis.

Les cures systématiques de cette maladie par les eaux thermales semblent avoir été instituées par F. de Bory dès 1714 à Cauterets.

Vers 1750, les Borden firent une série de recherches sur la crénothérapie de la syphilis. L'expérience ne fit que de donner raison à ces novateurs, et des maîtres comme Gaucher et Brocq étudièrent l'action du soufre thermal dans le traitement de la syphilis.

En 1929, le Prof. Gougerot, présidant une séance de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de Paris définit le rôle anti-syphilitique des eaux minérales.

Après cette rapide rétrospective, nous croyons utile de diviser schématiquement le traitement de la syphilis en quatre cas, afin de mieux nous rendre compte de la place que put tenir la créno-climatothérapie dans notre arsenal thérapeutique :

a) Traitement de la syphilis chez un sujet robuste et par ailleurs sans tares ;

b) Traitement de la syphilis, chez un sujet ayant en dehors de son affection quelques déficiences fonctionnelles ;

c) Traitement des complications viscérales de la syphilis ;

d) Traitement des hérédosyphilitiques.

a) *Traitement de la syphilis chez un sujet robuste et par ailleurs sans tares :*

En 1910, éclatait un coup de tonnerre : la syphilis était vaincue... La nouvelle se répandit comme une trainée de poudre, une seule injection du 606 d'Erhlich, réalisant la « Therapie sterilisans magna » tuait d'un seul coup tous les microbes de l'organisme. Cette dose unique, déjà intramusculaire, devint par la suite intra-veineuse, et fut bientôt répartie en quatre injections. Les débuts furent assez brillants, les accidents primaires et secondaires se cicatrisaient vite, le Wassermann se négativait rapidement, les récidives cutanéomuqueuses fréquentes avec le mercure semblaient avoir disparu. Il fallut vite se rendre à l'évidence : malgré la répétition des injections et l'accélération de leur rythme, la Therapie magna n'était pas « sterilisans ». D'autre part, des accidents mortels montrèrent la toxicité du produit. Le 606 disparut et d'autres arsenicaux trivalents virent successivement le jour.

La toxicité des arsenicaux permit au bismuth de prendre rapidement une place prépondérante grâce à la stabilité de son action et à une toxicité moindre.

Actuellement, notre arsenal thérapeutique de la syphilis se résume en quatre médicaments : ce sont le mercure, l'arsenic, le bismuth et accessoirement l'iodure de potassium.

Le rôle directement tréponémicide de ces médicaments n'est pas démontré. Les médications antisypilitiques ne sont pas tréponémicides « in vitro », elles ne le sont « in vivo » que par l'intermédiaire de l'organisme, qui stimulé par elles crée une réaction de défense. Les expériences de M. Levaditi le montrent clairement.

La toxicité des traitements chimiothérapiques de la syphilis semble manifeste. Nombre de communications dissé-

minées dans toute la presse médicale le révèle suffisamment.

Certains accidents relèveraient de l'intolérance ou de l'intoxication : d'autres seraient provoqués par l'insuffisance des doses, d'où il résulterait une réactivation des lésions torpides et, par suite, le développement tardif ou immédiat de complications graves (Sézary).

La longue liste des complications, parfois mortelles, qui vient terminer dans les Manuels de Thérapeutique le chapitre des indications et des contre-indications prouve bien cette toxicité.

Les traitements anti-syphilitiques surtout arsenicaux sont souvent mal supportés par le foie.

Le comportement du foie a une grande importance dans le traitement de la syphilis. Ce fait peut être corroboré par les heureux effets des extraits hépatiques, administrés par voie parentérale, conjointement à la thérapeutique spécifique. Thérapeutique souvent préconisée par M. Maurice Villaret.

Mais là ne se borne pas le rôle du foie, car il peut avoir également une action « empêchante », signalée dans les syphilis résistantes et récidivantes par différents auteurs, MM. Gougerot, Vauthey, Albert Widmann, Galliot, Pinard, Even, Blum, etc...

La thérapeutique anti-syphilitique peut également être nocive pour le rein (Sézary).

Au reste, M. Tzanck, dès 1927, a dit à l'Académie de Médecine : « Toute médication active peut comporter des accidents. De tous temps la médication anti-syphilitique a pu donner lieu à des accidents d'intolérance graves, parfois mortels.

De pareils faits, fréquents dans le passé pour le mercure et pour l'iodure peuvent s'observer encore de nos jours. Les agents thérapeutiques modernes sont beaucoup plus puissants, ils sont aussi beaucoup plus délicats à manier. »

Après avoir ainsi rappelé cette notion bien connue de la toxicité des traitements antisiphilitiques, il nous paraît possible de dire que des réveils tréponémiques possibles, surtout aux périodes dangereuses, signalés depuis longtemps par

A. Fournier, font actuellement prescrire des traitements prolongés de 20 ans et plus avec surveillance indéfinie.

Cette notion de traitement très long avec des médicaments plus ou moins toxiques est importante, car elle amène à conclure que l'on devra, par tous les moyens, arriver à faire supporter ces traitements sans dommages.

Une autre notion paraît également très importante, c'est celle bien connue et souvent signalée de « terrain ». C'est une notion très vaste et assez mal définie, qui pourrait expliquer bien des choses : certaines immunités naturelles, certaines évolutions de la syphilis. Ceci nous paraît également important, car nous sommes ainsi incités à agir ou plutôt à essayer d'agir sur ce terrain, par des médications appropriées : nous y reviendrons tout à l'heure.

Nous ne paraissions pas pour l'instant encore être maîtres de l'affection syphilitique et dominer son évolution dans le monde. Nous ne possédons pas sur cette affection de statistiques comparables à celles de la tuberculose. Toutefois, les données de MM. Schulmann, de Jayle, Bennett, l'examen des chiffres donnés par certains dispensaires ne semblent pas autoriser trop d'optimisme.

C'est peut-être pourquoi, dans l'état actuel des choses, nous devons user de tous les éléments, qui pourront renforcer notre action et chercher quelle aide nous pouvons trouver dans la crénoclimatothérapie.

Comme nous l'avons dit tout à l'heure, il n'y a pas à proprement parler de crénothérapie de la syphilis. Le traitement thermal, à lui seul, ne peut venir à bout de l'affection. Le soufre thermal connu depuis longtemps ne paraît lui-même pas, comme l'a montré M. Flurin, avoir isolément d'action. Par contre la créno-climatothérapie :

1° Peut être un adjuvant précieux des traitements anti-syphilitiques ;

2° Peut être utile pour corriger les troubles déterminés par ces traitements ;

• 3° Peut peut-être agir sur le « terrain » dont nous avons rappelé toute l'importance dans le traitement de la syphilis ;

4° Etre employée pour déterminer certains mécanismes et processus, encore mal étudiés, qui paraissent jouer un rôle dans la guérison de la syphilis.

1° **Les cures créno-climatiques sont adjuvantes des traitements médicamenteux de la syphilis.** Il y a très longtemps, comme nous l'avons vu, que les médecins essayèrent d'utiliser contre la syphilis les ressources de la crénothérapie, surtout sulfureuse. On trouve sur ce sujet, vers le milieu du siècle dernier, des documents parus dans les communications de la Société d'Hydrologie de Paris. D'autre part, la Thèse de Berthier, Paris, 1905, donne une bibliographie complète des travaux antérieurs. Des dermatologues éminents, le Prof. Brocq, le Prof. Gaucher, étudièrent eux-mêmes l'action du soufre thermal.

Plus récemment, en 1929, une réunion plénière de la Société d'Hydrologie de Paris (Rapports de MM. Blanc, Flurin, Heitz, Pierret, Salles) tenue sous la présidence du Prof. Gougerot a insisté sur les avantages que les syphilitiques peuvent trouver aux eaux thermales.

Un rapport de MM. Flurin et Heitz en 1930 au Congrès d'Hydrologie de Lisbonne reprit la question.

En mars 1934, la première réunion de la Société d'Hydrologie de Tunis étudia le traitement thermal de la syphilis.

Dans le traitement mercuriel, l'association des eaux sulfureuses est depuis longtemps préconisé, et ses heureux effets maintes fois signalés. Elles aident à l'absorption du mercure et à son assimilation. Ainsi a-t-on pu voir des malades qui ne se débarrassaient pas du mercure injecté dans leurs muscles, résorber ce mercure, et leurs lésions se cicatriser. Très intéressantes à ce sujet sont les observations de Gaucher. Un malade atteint de syphilis ulcéreuse serpiginieuse de la paume de la main, qui, déjà traité à l'Hôpital Saint-Louis, avait reçu sans résultats un certain nombre d'injections de calomel, présentait une stomatite intense. Le seul traitement prescrit consistait en l'absorption quotidienne de deux grands verres d'eau d'Uriage ; sous l'influence de ce traitement, non

seulement la stomatite guérit rapidement, mais bientôt, sans traitement nouveau, on put observer la cicatrisation des lésions.

Des observations de ce genre indiquent l'action remarquable du soufre thermal.

Cette action est attribuée par Desmoulière à la transformation du mercure en chloro-albuminate d'hydrargyre insoluble. Les eaux sulfureuses agiraient sur ces chloro-albuminates, d'une part en augmentant la puissance de solubilité des albumines vis-à-vis du mercure, et, d'autre part, en transformant ces chloro-albuminates insolubles en sulfates solubles et facilement utilisables.

Le soufre serait un agent oxydo-réducteur de premier ordre (Flurin).

Les cures thermales facilitent la mobilisation du mercure dans l'organisme et son utilisation.

Les cures sulfureuses permettent un traitement mercuriel intensif et prolongé en diminuant les chances d'intoxication.

Elles permettent aussi de guérir certains accidents de l'hydrargyrisme, et en particulier la stomatite. Elles permettent enfin de continuer un traitement qui serait interrompu par cette complication.

La cure sulfureuse a une action remarquable sur l'état général des sujets déprimés par la syphilis, surtout en période secondaire, et aussi par le traitement mercuriel. Le soufre est un reconstituant de l'économie, il stimule d'une façon nette les échanges nutritifs.

Le soufre thermal est donc indiqué chaque fois que l'on veut faire un traitement mercuriel intensif et prolongé ou que l'on se trouve en présence d'un sujet sensible. Il est également indiqué à tous les syphilitiques déprimés ou anémiés.

Cures sulfureuses et bismuth : M. L. Fournier, qui fut le vulgarisateur de la thérapeutique bismuthique, à la suite des travaux de Levaditi, frappé par l'analogie du bismuth et du mercure, eut l'idée de parer aux accidents de la thérapeutique par le soufre. Depuis lors, de multiples observations prouvèrent l'utilité de la cure sulfureuse dans la bismutho-

thérapie, où elles agissent de la même façon que dans le traitement mercuriel : c'est-à-dire, absorption et utilisation meilleures du produit injecté, action préventive et curative sur les accidents buccaux, effets toniques et reconstituants sur l'organisme.

C'est ainsi que des observations multiples indiquent que l'on peut par l'association d'une cure sulfureuse au traitement bismuthique, faire supporter par les malades des quantités nettement plus fortes du médicament, et chez les malades intolérants, mener à bonne fin une cure qui autrement aurait été impossible.

Les recherches de MM. Levaditi et Howard (Société de Biologie, février 1929) donnent un aspect expérimental à la question : ces auteurs établirent que des extraits d'organes riches en soufre, c'est-à-dire en glutathion, augmentent d'une façon considérable l'action du bismuth dans les spirochètoses.

Grâce au soufre, a dit le Prof. Gougerot, à la Société d'Hydrologie de Paris, on peut atteindre avec le bismuth des doses plus fortes, prolonger les cures, éviter les intolérances, désaturer l'organisme, diminuer et traiter les accidents, ou obtenir par la même dose une action plus puissante.

La cure sulfureuse sera particulièrement indiquée dans les traitements intensifs par le bismuth, et dans les cas d'intolérance. Elle sera également indiquée pour lutter contre l'anémie et l'asthénie, causées par la maladie et la thérapeutique.

Cures hydro-minérales et arséno-benzols : L'action de la cure hydro-minérale est dans ce cas indirecte : car c'est essentiellement par son action sur le foie que la cure alcaline est bienfaisante. La tolérance aux arséno-benzènes réside presque essentiellement dans le fonctionnement du foie. Ce fait est clairement indiqué par la remarquable tolérance aux arséno-benzènes quand ils sont employés conjointement à des extraits hépatiques administrés par voie parentérale, ainsi que l'a souvent enseigné le Prof. Maurice Villaret.

Cette action du foie dans la thérapeutique arsenicale a été

souvent prouvée par des constatations anatomiques et cliniques : MM. Jeanselme et Bertrand, Morel et Mouriquand, Kohn-Abrest prouvèrent l'hépatotropisme de l'arsenic. MM. Queyrat, Ravina, Langevin et Brulé, Schamberg et Brown, Wolf, ont montré que les arséno-benzènes peuvent déterminer l'insuffisance hépatique. Les ictères différemment interprétés, il est vrai, observés au cours des cures arsénicales, pourraient également le prouver.

Des observations de M. Glénard et de M. Vauthey indiquent d'une façon nette que la cure alcaline augmente la tolérance du médicament.

« Maintes fois, dit le Prof. Gougerot, j'ai vu des syphilitiques qui ne pouvaient tolérer l'arsenic, la supporter après une cure hydro-minérale et en retirer un bénéfice vital. »

La cure alcaline pourrait également activer l'effet de la thérapeutique arsénicale en donnant des résultats identiques pour des doses moindres.

Ces données ont été expérimentées par MM. Puech et Roche (*Presse thermale et climatique*, sept. 1937), qui ont montré que le novarsénobenzol dilué dans de l'eau minérale était plus toxique pour des têtards et des *Gambusia*. L'eau minérale augmenterait la toxicité de ce produit. Les auteurs ont obtenu par ailleurs une diminution de la toxicité du novar en administrant l'eau minérale non plus en même temps, mais préalablement à lui.

Les cures alcalines seront donc recommandées dans les cas où l'on voudra rendre un traitement plus actif, dans les cas d'intolérance même légère, chaque fois que le malade aura une insuffisance hépatique, même occulte.

2°) **La crénothérapie peut être utile pour corriger les troubles déterminés par les traitements** : Evidemment, comme nous venons d'essayer de le montrer, les cures thermales peuvent éviter jusqu'à un certain point les accidents de la chimiothérapie et au besoin les guérir. Mais en faisant une division un peu schématique de traitements sulfurés comme adjuvant des cures mercurielles et bismuthiques, et cures alcalines adjuvantes des cures arsénicales, nous

n'avons fait que répéter les notions classiques et maintes fois redites sur l'aide de la crénothérapie à la chimiothérapie de la syphilis. En réalité, les choses se passent différemment et la question est beaucoup plus complexe, parce que :

— d'une part, on ne se contente plus de soigner un malade par un seul médicament, comme cela se produisait autrefois avec le mercure, et qu'actuellement la thérapeutique pluri-médicamenteuse est la plus généralement prescrite ;

— et que, d'autre part, comme nous allons essayer de le montrer, le mercure, le bismuth ou l'arsenic ne touchent pas électivement un seul organe ou une seule fonction, en respectant les autres, et qu'il peut se produire des accidents très divers contre lesquels une crénothérapie appropriée doit être prescrite.

C'est dans ces deux ordres d'idées que nous pouvons rappeler l'action anti-toxique générale du foie, depuis longtemps connue et qui expliquerait des lésions possibles dans l'hydrargyrisme. M. Fiessinger a en effet montré qu'au cours d'intoxications mercurielles expérimentales, on observait une dégénérescence granuleuse des cellules du centre du lobule hépatique, puis de la zone périportale.

Le mercure lèse également le rein. La néphrite mercurielle est trop connue pour que nous nous y attardions. Il semble donc que pour le mercure hors de la thérapeutique sulfureuse, une crénothérapie appliquée soit au foie, soit au rein, pourrait avoir ses indications.

Il en est de même pour le bismuth. Les travaux bien connus de MM. Sézary et Lenègre, Gougerot, etc., la thèse de Violette Heimann, Paris, 1933, ont montré la nocivité du bismuth sur le rein. Les travaux de Levaditi, d'autre part, ont montré l'action plus grande du bismuth associé aux extraits hépatiques. Une crénothérapie judicieuse du foie ou du rein, pourrait avoir également ses indications dans la bismuthothérapie.

L'heureuse action de la cure alcaline sur le foie doit être utilisée dans le traitement par les arsénobenzènes, elle permettrait peut-être de signaler moins d'arséno-résistances et

de cas d'intolérance. Si la cure alcaline est indiquée comme complément de ces traitements, MM. Charles Flandin, Poumeau-Delille, Turiaf et Boyer ne viennent-ils pas de faire à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie une communication d'un grand intérêt pratique sur l'action « empêchante » des combinaisons soufrées vis-à-vis des accidents provoqués par les arséno-benzènes ?

La question ainsi envisagée semble très vaste, et il paraît possible de dire que, si certaines indications thermales sont évidentes, action du soufre dans l'intoxication mercurielle par exemple, il est des cas où une déficience organique ou fonctionnelle devra modifier les indications ou faire associer les traitements thermaux.

Il semble possible de dire qu'il s'agisse de l'une ou l'autre thérapeutique médicamenteuse, qu'il ne paraît pas exister de cas qui ne pourrait tirer profit appréciable de la crénothérapie, si le praticien, guidé par ses examens cliniques, les réactions du malade pendant le traitement, ses intolérances, fait un choix judicieux de la cure.

Enfin, ne croit-on pas qu'accessoirement, après un traitement médicamenteux actif, une climatothérapie, soit d'altitude, soit marine, ne pourrait pas combattre utilement l'anémie et la fatigue causées par la chimiothérapie et la maladie ; et ne pourrait permettre aussi à l'organisme de récupérer les ressources nécessaires à l'effort, pour lutter contre l'infection, déclenchée en lui par la chimiothérapie...

3^o) La crénothérapie peut avoir une action sur le terrain dont on a si souvent indiqué l'importance dans le traitement de la syphilis et dans sa guérison : Or, c'est justement cette notion de « terrain », qui aujourd'hui généralement admise, semble permettre quelques autres considérations.

Si la thérapeutique agit grâce à lui et par son intermédiaire ;

Si parfois, très exceptionnellement, il est vrai, à lui seul, sans traitement, il est susceptible de donner des guérisons cliniques, et peut-être des immunités, pourquoi n'essaierions-nous pas d'agir sur lui, de le renforcer, de le modifier au

besoin par la seule thérapeutique qui paraît agir sur lui, c'est-à-dire la crénothérapie ? Il est évident que pour nous permettre d'avancer cette opinion, nous ne possédons pas de bibliographie catégorique à ce sujet : mais l'expérience et l'observation n'ont-elles pas de tous temps montré que les cures hydro-minérales n'agissaient pas sur le germe, mais bien sur les troubles fonctionnels et sur le « terrain » ?

Les lois sociales actuelles, qui font supporter par les caisses d'Assurances sociales et par l'Assistance publique ou l'Etat, les maladies des économiquement faibles, vont certainement évoluer, tôt ou tard, à l'instar d'autres pays. Devant les avantages matériels que, comme pour le rhumatisme, ces législations pourront leur apporter, cette évolution se fera vers un thermo-climatisme plus large, qui pourra permettre à la majorité de bénéficier de nos cures hydro-climatiques.

C'est alors que l'on pourra se rendre compte, grâce à des statistiques et à des fichiers parfaitement tenus, comme celui du centre de triage hydro-climatique des Hôpitaux de Paris, de l'action réelle de la crénothérapie et en étudier systématiquement et scientifiquement les effets dans tous les domaines. Pour l'instant nous en sommes réduits à des données parcellaires, qui nous obligent à rester dans le domaine du possible.

4^e. La créno-climatothérapie peut être employée pour déterminer certains mécanismes et processus, encore mal étudiés, mais qui paraissent jouer un rôle dans le traitement de la syphilis : La chaleur a depuis longtemps été préconisée dans le traitement de la syphilis. Grunbeck recommandait dès 1496 des cures de transpiration. Les étuves chaudes employées autrefois dans le traitement de la syphilis et qui eurent leur heure de vogue, sont une autre preuve de cette notion.

M. Schanht rapporte que les nègres du Soudan soignent la syphilis par des bains de sable chaud associés à des boissons chaudes.

Ces théories paraissent avoir un fondement, si l'on se rappelle le fait que l'inoculation d'une suspension de tréponè-

mes, soumise pendant une heure à une température de 41°, est négative.

Cette action de la chaleur a été étudiée ces derniers temps : Kalashnikoff, à l'Institut Tarnowski, signale qu'à des températures de 47,2 à 47,7 on obtient la guérison rapide des lésions expérimentales locales.

Schamberg et Anna Rule soumettant pendant 11 jours des lapins inoculés à des bains chauds de 42-43°, élevant ainsi leur température centrale de 4° constatèrent que la syphilis ne se développait pas ou se développait mal. Le chancre scrotal du lapin par cette méthode se cicatrisait aussi vite que par le traitement bismuthique ou arséno-benzolique. MM. Efron et S. Orlow ont obtenu ainsi la cicatrisation du chancre expérimental du lapin en 12 à 18 jours. Ces auteurs conseillent d'associer cette thérapeutique à la thérapeutique médicamenteuse ; la balnéothérapie chaude permettrait des cures plus courtes.

Les travaux de Bessemens, Vercoullié, Hacquaert, de Potter sur la thermothérapie locale de la syphilis expérimentale montrent une action identique.

M. Gougerot, étudiant les immunisations par la peau dans l'évolution et le traitement de la syphilis, disait, dans les *Annales des Maladies Vénériennes*, en 1934 : « Les bains sulfureux tant vantés autrefois, trouvent l'explication de leurs succès non seulement dans leur action sur l'accumulation du mercure, mais aussi dans leur action complexe sur la peau... »

MM. J. Nicolas et J. Gaté, dans le *Traité de Climatologie biologique et médical*, publié sous la direction de M. Piéry, disent également : « Les différents climats et les bains de lumière peuvent par l'excitation sur la peau, exercer sur l'évolution de la syphilis une heureuse influence. D'autre part, sans leur attacher la même importance qu'aux bains sulfureux, si vantés dans le traitement de la syphilis, on peut accorder une certaine valeur aux cures climatiques dans la rénovation cellulaire dans la circulation et l'élimination des médicaments... »

Enfin, l'action générale sur l'organisme des cures hydro-

climatiques n'est pas négligeable dans une maladie longue et déprimante comme la syphilis.

La créno-climatothérapie ne semble-t-elle pas le moyen le meilleur pour étudier et mettre au point toutes ces questions ? Les étuves chaudes thermales peuvent agir à la fois sur la peau : mettre en jeu son action défensive, et agir également au moyen de leur chaleur humide et par le soufre thermal...

En résumé : Certes, nous possédons des moyens actifs contre la syphilis ; mais ces médicaments plus ou moins toxiques n'agissent que par l'intermédiaire de l'organisme et du « terrain » qu'il comporte.

La crénothérapie paraît fort utile pour permettre de bien supporter cette toxicité, et au besoin, pour agir sur le terrain auquel on demande l'effort nécessaire à la guérison clinique et sérologique. La créno-climatothérapie paraît en outre susceptible d'agir d'une façon intéressante par des facteurs nombreux et complexes : chaleur, action de la peau, soufre, etc...

Quant au climatisme il semble faire partie des règles d'hygiène indispensables au syphilitique et l'aider, d'une manière générale, à bien supporter le traitement.

b) *Traitement de la syphilis, chez un sujet ayant hors de son affection quelques déficiences fonctionnelles ou organiques :*

Ces considérations générales, que nous venons de faire dans le paragraphe précédent, concernant un syphilitique de santé par ailleurs normale, prennent une importance toute particulière quand il s'agit de traiter un syphilitique présentant quelques déficiences organiques ou fonctionnelles. Car, si l'action adjuvante de la créno-climatothérapie est manifeste chez un syphilitique de santé normale, elle devient indispensable chez un fatigué, un malade, un insuffisant hépatique ou rénal, par exemple. Le traitement thermal aura alors un double but : aider à supporter le traitement, corriger les troubles fonctionnels.

Nous ne pouvons envisager tous les cas, mais nous croyons que rien ne pourra remplacer la créno-climatothérapie : car elle seule est capable de stimuler les forces naturelles de l'organisme sans ajouter l'usage d'un médicament à un autre médicament déjà mal supporté...

c) *Traitement des complications viscérales de la syphilis :*

La crénoclimatothérapie est susceptible de rendre de grands services dans les complications diverses qui peuvent se produire au cours de la syphilis.

La crénoclimatothérapie est dans ces cas rarement indispensable, mais presque toujours utile.

Elle est utile dans les complications graves où une arme de plus ne doit pas être négligée.

Elle est utile lorsque l'étiologie syphilitique de la lésion n'étant pas absolument certaine, on suspecte une étiologie complexe.

Elle est utile lorsqu'il faut combattre une lésion sur laquelle le traitement anti-syphilitique a produit tout l'effet qu'il pouvait donner.

Ces données générales s'appliquent uniformément, soit qu'il s'agisse de syphilis du système nerveux, de syphilis cardio-artérielle, de syphilis du tube digestif, de syphilis de l'appareil respiratoire, de syphilis rénale, de syphilis articulaire.

La crénothérapie peut atténuer les troubles fonctionnels et aider à supporter des lésions définitives sur lesquels la thérapeutique est sans effets.

La renommée de certaines stations, qui se sont depuis longtemps déjà rendues célèbres dans le traitement des complications de la syphilis, comme Lamalou, par exemple, indiquent bien l'aide que les cures thermales peuvent apporter dans ces cas.

d) *Crénoclimatothérapie de la syphilis héréditaire :*

La crénoclimatothérapie peut avoir dans la syphilis héréditaire deux indications principales. Les unes sont celles que nous avons indiquées pour l'adulte : la crénothérapie peut être le complément et l'adjuvant des traitements chimiques.

Les autres sont celles qui résident dans la nécessité d'agir sur certains troubles non spécifiques en eux-mêmes, mais qui découlent de l'intoxication spécifique de l'enfant.

De toutes façons nous devons envisager plusieurs cas :

1° L'enfant est né atteint d'une syphilis virulente et en évolution. Ces sujets, à côté des signes de syphilis sur lesquels le traitement médicamenteux a tous ses droits, ont un ensemble de troubles fonctionnels et de susceptibilités organiques, qui font que leur physiologie et leur physiopathologie sont différentes d'une façon plus ou moins notable, de celle d'un sujet normal.

2° Les parents syphilitiques ont subi un traitement suffisant. L'enfant naît en apparence sain. Mais si le traitement énergique des parents abaisse le pourcentage des hérédosyphilis flagrantes, et donne des enfants d'apparence normale, il peut laisser place à des hérédités masquées presque occultes, qui devaient être vraisemblablement inconnues au temps où on était moins armé contre les méfaits immédiats de la syphilis. Ainsi pourraient se trouver expliqués certains troubles endocriniens, certaines anomalies de développement, et d'évolution de certaines maladies, etc... : tous signes, qui évidemment, ne peuvent être classés parmi les signes d'une syphilis héréditaire.

3° Il y a des syphilis héréditaires lointaines remontant à plusieurs générations. Les troubles dans ces cas peuvent être multiples et le traitement spécifique ne plus agir sur eux ; ils sont, d'autre part, souvent bien difficiles à attribuer à la syphilis congénitale qui, selon l'expression de M. Marfan, semble avoir perdu le pouvoir de reproduire des lésions virulentes et n'avoir gardé que celui de troubler la nutrition et le

fonctionnement de certains organes. Ces troubles paraissent se transmettre pour leur propre compte d'une génération à l'autre à la façon d'un caractère acquis.

C'est sur ces états constitutionnels que l'on pourrait se borner d'étiqueter banalement de lymphatisme, de neuro-arthritisme, de syndrome pluri-glandulaire, etc., et qui sont des tares *d'origine* syphilitique et non *de nature* syphilitique, que la crénothérapie a tous ses droits.

Ces états diathésiques, comme l'a montré le Prof. Hutinel, peuvent être les seuls vestiges de la syphilis ancestrale.

Ces états diathésiques et constitutionnels qu'il est aussi difficile de définir que d'en déterminer le champ, consisteraient ainsi que l'a montré le Prof. Nobécourt, « en manières d'être des humeurs, des organes, qui, d'une part, réalisent des prédispositions à certaines maladies et à certaines affections et, d'autre part, entraînent des modalités réactionnelles particulières aux agressions des agents physiques, chimiques et biologiques. » Ces états sur lesquels la thérapeutique antisypilitique n'agit plus sont, pour la crénoclimatothérapie, une indication de premier plan, car comme l'a montré également le Prof. Nobécourt, « les cures thermales peuvent être dans ces cas des agents curateurs de premier ordre en s'opposant à leur développement et en en atténuant les conséquences ».

En résumé : Dans la lutte antisypilitique, bien que nous soyons incontestablement mieux armés qu'au temps où le mercure était notre seule thérapeutique, l'évidence nous montre, il nous semble, que nous ne sommes pas en droit de négliger les ressources indéniables que nous pouvons trouver dans les traitements annexes, comme la crénoclimatothérapie.

Nous voudrions espérer que ces notions (comme certains de nos Maîtres M. le Prof. Maurice Villaret, Gougerot, l'ont maintes fois remarqué) soient plus largement divulguées, car certains praticiens semblent encore donner l'impression de méconnaître la notion si importante de « terrain » et soigner la syphilis et non un malade syphilitique.

L'emploi plus systématique des cures thermales pourrait,

grâce à des Centres comme le Centre de Triage hydro-climatique des Hôpitaux de Paris, par des fiches individuelles et des statistiques sûres, faire rechercher dans l'hydro-climatothérapie la confirmation de certaines données et en étudier de nouvelles : action des bains chauds, action des étuves par la peau, etc., etc...

Ainsi envisagée, la crénoclimatothérapie sociale de la syphilis, en plus de son heureuse action manifeste, et depuis longtemps connue sur l'affection elle-même, serait utile au malade, à la Société et à la Science elle-même.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de la Société d'Hydrologie et de Climatologie médicales de Paris, séance du 18 mars 1929, présidée par le P^r GOUGEROT.

BAERTS. — Observation prolongée d'un cas de syphilis non traité. *Archives médicales belges*, année 88, n° 8, août 1935, page 198.

BARTHÉLEMY et RABUT. — Le traitement de la syphilis arsénorésistante. — *Journal médical français*, n° 8, août 1931, p. 268.

BERNHARD (Pologne). — Les indications et les contre-indications du traitement de la syphilis par les arsénobenzols. — *Médecina*, n° 1, janvier 1936.

BEERMANN. — The problem of treatment resistant syphilis, — *The american journal of syphilis, gonorr, and venereal diseases*, mars 1936, n° 3.

A. BESSEMENS. — Applications locales de la chaleur comme adjuvant dans la prophylaxie sociale et individuelle de la syphilis et le rôle de la température musculaire dans la pathogénie et la pyréthorapie générale de l'infection syphilitique. — *Bruxelles médical*, 11 août 1928.

BESSEMENS, VERCOULLIÉ, HACQUAERT. — Influence des diverses applications locales de la chaleur sur les accidents de la syphilis primaire et secondaire chez l'homme. — *Société de Biologie*, CI, n° 20, 14 juin 1929.

BESSEMENS et POTTER. — Particularités de la thermothérapie locale antisiphilitique et de la thermo-adaptation du virus syphilitique des ganglions. — *Société de Biologie*, année 103, 21 mars 1930.

- A. BESSEMENS et THIRY. — Sur la nature thermique des effets favorables chez l'homme de l'Hyperpyrexie antisypilitique locale par inoyens physiques. — *Bruzelles médical*, n° 4, août 1936.
- PAUL BLUM. — Le foie dans le traitement de la syphilis. — *Annales des maladies vénériennes*, novembre 1932.
- BOUTELIER. — Les cures hydrominérales sulfureuses dans le traitement de la syphilis. — *Annales des maladies vénériennes*, juin 1928.
- Bulletins de l'Académie de Médecine*, séance du 24 mai 1927.
- CAILLON et UZAN. — Indications alcalines éventuelles chez les sypilitiques. — *Paris médical*, 12 mai 1934.
- CARLE (de Lyon). — Statistique et épidémiologie de la syphilis. — *Annales des maladies vénériennes*, septembre 1933.
- Compte-rendu du 6^e Congrès provincial d'Hygiène, Nancy, 1933.
- Compte-rendu du IX^e Congrès international de dermatologie et de sypilographie, Budapest, septembre 1935.
- COTTE et GUILLERET. — La thérapeutique indéfiniment prolongée demeure actuellement la seule formule de traitement rationnel de la syphilis. — *Journal de Médecine de Lyon*, n° 369, du 20 mai 1935.
- Compte-rendu de la première réunion de la Société d'Hydro-climatologie de Tunisie, mars 1934.
- EFRON et S. ORLOW. — Sur le mécanisme de la balnéothérapie dans la syphilis. — *Dermatologische Wochenschrift*, n° 16, du 17 avril 1930.
- FELDMANN et LAÏKHTERE. — Les accidents consécutifs à l'emploi des différentes séries de Néo-salvarsan. — *Sovietski vénérologii, dermatologii*, n° 6, juin 1932.
- H. FLURIN. — Soufre thermal et syphilis. — *Revue médicale française*, janvier 1936, n° 1.
- FOX. — The control of syphilis. — *The urologic and cutaneous review*, janvier 1936, page 42.
- M. GAILLOT. — Les médications adjuvantes dans le traitement de la syphilis. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 11, 9 juin 1933, page 406.
- GATE et PIRAN. — Etude de l'arseno-résistance d'après une statistique hospitalière. — *Annales des maladies vénériennes*, n° 4, du 4 avril 1933.
- Camille GIRARD. — Statistique de 18 années de lutte antisypili-

- lique au dispensaire antivénérien d'Angers 1918 à 1935. — *Thèse* Paris, 1936.
- H. GOUGEROT. — Les médications adjuvantes de la syphilis. — *Journal des Praticiens*, 13 avril 1929.
- H. GOUGEROT. — Les syphilitiques aux eaux minérales. — *Annales des maladies vénériennes*, juin 1929.
- H. GOUGEROT. — Le traitement de la syphilis en clientèle.
- H. GOUGEROT et BOULE. — Défense cutanée du syphilitique. Négativation du B. W. chez une syphilitique secondaire après érythème aux ultra-violets. — *Annales des maladies vénériennes*, octobre 1934.
- H. GOUGEROT. — Rôle des immunisations par la peau dans l'évolution et le traitement de la syphilis. — *Bruxelles médical*, 1934, page 1396.
- H. GOUGEROT. — Etat actuel du traitement de la syphilis acquise. — *Concours médical*, n° 46 bis, page 3287, novembre 1937.
- GROFFAR. — Contribution à l'étude des ictères survenant au cours du traitement arsenical. — *Presse médicale*, n° 31, 1^{er} mai 1937.
- Violette HEMANN. — Dangers de la médication antisypilitique chez les rénaux. — *Thèse*, Paris, 1933.
- HEVERSON, MOROW, HOWSTORN. — Négativation de la RW dans le sang chez les syphilitiques non traités. — *American Journal of syphilis*, n° 3, juillet 1933.
- JAYLE. — Vaccination anti-syphilitique. — *Presse médicale*, 11 décembre 1936.
- JEANSELME. — La syphilis, son aspect pathologique et social.
- JEANSELME. — Traité de la syphilis.
- KOHLMER et RULE. — Des bains chauds dans la syphilis primaire du lapin. — *Archivès of dermatology and syphilis*, avril 1933.
- LAURENT et MARTINET. — Impressionnant bilan de 10 années de traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de novarsenobenzènes. — *Annales des maladies vénériennes*, 1937.
- A. LEGRAND. — L'anémie bismuthique et son traitement. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 28 avril 1934.
- LEVADITI et HOWARD. — Activation des propriétés curatives du bismuth dans la syphilis sous l'influence de tissus riches en glutathion. — *Société de Biologie*, 1927, n° 7.
- LEVADITI, LÉPINE, HOWARD. — Chimiothérapie et moyens défensifs

- de l'organisme dans les manifestations de la syphilis expérimentale. — *Société de Biologie*, C, n° 13, du 29 avril 1929, page 1068.
- MARFAN. — Cliniques de la première enfance. Diagnostic des syphilis congénitales du nouveau-né et des nourrissons.
- P^r Hans MARTENSTEIN (de Dresde). — Rapport sur le Traitement de la syphilis. Enquête dans cinq pays effectuée sous les auspices de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations.
- G. MILIAN. — Syphilis et hérédité occulte. Ses dangers dans le mariage et pour la descendance. — *Paris médical*, n° 11, 7 mars 1936, page 219.
- G. MOURIQUAND et W. BRUNAT. — Dans le *Traité de Chirurgie orthopédique* de MM. OMBRÉDANNE et MATHIEU. — Climatologie et crénothérapie de la syphilis osseuse.
- NOBÉCOURT et BABONNEIX. — La syphilis héréditaire, du *Traité de Médecine des enfants*.
- PAVANITI (de Padoue). — L'action du froid sur la syphilis expérimentale du lapin. — *Bollet. della societa ital. di dermat. et syph.*, n° 1, avril 1936.
- PINARD. — Faut-il soigner le syphilitique toute sa vie ? — *Paris Médical*, n° 10, du 7 mars 1936, page 207.
- M. PINARD. — Combien de temps faut-il soigner un syphilitique ? — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 janv. 1937.
- PINARD. — Faut-il soigner un syphilitique toute sa vie ? — *Prophylaxie anti-vénérienne*, n° 5, mai 1936.
- PINARD et EVEN. — Syphilis arsено-résistante et arsено-récidivante. — *Paris Médical*, 26 mars 1932.
- M. PINARD. — Traitement des Heredo-syphilis. — *Bruxelles médical*, 14 janvier 1934.
- Robert RABUT. — Traitement d'attaque de la syphilis, il y a 25 ans et aujourd'hui. — *L'Hôpital*, n° 428 bis, 4 août 1937.
- Raoul RENAUT. — Crénothérapie de la syphilis, de l'*Encyclopédie Médico-chirurgicale*.
- SALLE. — Cures sulfureuses adjuvantes du traitement de la syphilis. *Paris médical*, 12 mai 1934.
- A. SEZARY. — Le traitement de la syphilis.
- A. SEZARY. — Traitement de la syphilis rénale. — Baillière, éditeur, 1934.
- A. SEZARY. — Mode d'action des médicaments anti-syphilitiques. —

Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1931, n° 16, page 734.

A. SEZARY. — A propos de la spécificité des thérapeutiques. Mode d'action des médicaments anti-syphilitiques. — *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 16, du 18 mai 1931.

A. SEZARY. — Nocivité des médications anti-syphilitiques pour le rein, et le traitement de la syphilis rénale. — *Presse médicale*, n° 51, du 28 juin 1933.

A. SEZARY et LENÈGRE. — L'action des traitements anti-syphilitiques prolongés sur le fonctionnement rénal. — *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, A. 49, n° 28, du 10 novembre 1933.

SCHULLMANN. — Etiologie de la syphilis de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*.

SGEVSKI (Constantin). — Biotropisme et résistance dans la syphilis. — *Acta dermatologia*, 4 novembre 1935, page 297.

SIDOROWICZ. — A propos de l'immunité naturelle dans la syphilis. — *Thèse Paris*, 1934.

LOUIS SPILLMANN. — L'évolution de la lutte contre la syphilis. — Masson et Cie, éditeurs.

SZPICBERG. — Sur l'emploi des solutions d'hyposulfite de soude comme solvant des novarsenobenzols dans le traitement de la syphilis. — *Thèse Paris*, 1934.

TZANCK, NEGREANU, JEANNET. — De l'influence du traitement dans la syphilis rénale. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 janvier 1934.

MAX VAUTHEY. — Rôle du foie dans les syphilis résistantes et récidivantes. — *Annales des Maladies vénériennes*, année 34, n° 4, avril 1936, page 241.

VAUTHEY (M. et P.). — Les cures thermales dans les intolérances et les chimiothérapies anti-syphilitiques. — *Gazette des Hôpitaux*, 106^e année, n° 61, 2 août 1933.

VIEUCHANGE. — Guérison naturelle de la syphilis acquise. — *Thèse Paris*, 1934.

MAURICE VILLARET et JUSTIN-BESANÇON. — Clinique et thérapeutique hydro-climatiques.

WEISSENBACH et BASCH. — Le traitement de la syphilis.

WIDMANN. — Sur les troubles du métabolisme du foie dans les lésions dues aux arsénobenzols. — *Archives für dermatologie und syphilis*, vol. 473, cahiers 1935, page 173.

B. — LES MALADIES PROFESSIONNELLES,
LES ACCIDENTS DU TRAVAIL,
LES SEQUELLES DE BLESSURES DE GUERRE
ET DES TRAUMATISMES DE TOUTES NATURES

Le Docteur Glibert, rapporteur à la Commission des maladies professionnelles, Genève, 1935, déclarait : « On sait qu'il n'existe pas de définition ferme satisfaisante de la maladie professionnelle, donner une définition ferme de la maladie professionnelle est peut-être la tâche la plus difficile de l'Expert en Médecine du Travail. Il suffit pour s'en rendre compte de jeter un coup d'œil sur le nombre des définitions données. »

Evidemment, cela s'explique, car s'il est de nombreuses maladies causées par des travaux déterminés, il en est bien peu dont la nature permette de dire immédiatement que la profession est en cause. Une anémie est toujours une anémie, c'est la notion de benzol, par exemple, qui peut faire rechercher les autres signes de l'intoxication, et porter le diagnostic. Cette notion est très importante, car, comme nous allons le voir, elle permet de comprendre que, parfois, les maladies professionnelles sont méconnues des malades et des médecins.

Pour M. Glibert, une maladie professionnelle est celle qui se présente dans une profession avec un caractère de fréquence inaccoutumée, ainsi que celle due manifestement au risque professionnel.

Pour le Prof. Martin : « La maladie professionnelle est la maladie créée de toute pièce par un travail déterminé, ou les conditions dans lesquelles ce travail est effectué. »

Sans vouloir nous appesantir davantage sur cette question de définition, il est certain que la recherche d'une formule exacte, adoptée de tous, indique déjà la place qu'a prise dans la société moderne l'hygiène du travail.

Les temps modernes ont fait comprendre après bien des

siècles que la force des sociétés réside dans le travail de ses classes laborieuses, et que, comme l'indique M. Pollet au début de son livre sur les Maladies Professionnelles, en citant Puccinoti : « Il faut conserver la vie au travail, il faut rendre le travail inoffensif à la vie ».

Le retentissement possible du travail habituel sur la santé de l'individu est, hors du cadre des lois sociales, tellement dans l'esprit de tous, qu'il est peu de médecins qui ne commencent aujourd'hui leur interrogatoire en demandant à leur malade : « Quel métier faites-vous ? »

Les maladies professionnelles sont importantes quant à leurs conséquences : elles atteignent l'homme lui-même, diminuent sa santé, sa capacité de travail, et causent parfois sa mort ; elles atteignent quelquefois la famille qu'elles peuvent priver de son soutien, qu'elles peuvent doter d'enfants tarés : l'intoxication étant souvent la cause d'avortements et de malformations héréditaires ; elles atteignent la société par les charges qu'elles lui font supporter ; elles atteignent le Pays en amoindrissant ses éléments essentiels, c'est-à-dire ses éléments productifs.

Cette notion fut longue à s'établir. Le Docteur Carozzi dit dans son historique des maladies professionnelles (Hygiène du Travail, fasc. 207, 1929) : « Dès le début, l'homme s'est convaincu que certains travaux n'étaient pas sans provoquer des dommages plus ou moins graves sur l'organisme. Mais il fallut de longues années, des siècles même, avant que les données recueillies puissent être systématiquement réunies et étudiées par des experts compétents. »

Quelques papyrus égyptiens relatent des dangers de certaines professions, mais au temps de l'esclavage, on ne semblait pas faire cas des vies humaines ; les travaux titaniques, faits uniquement à main d'homme, et qui semblent, à travers les siècles, défier l'usure du temps, prouvent l'effort inouï demandé alors aux travailleurs.

Dans l'antiquité, on semble s'être rendu compte du retentissement du travail sur la santé : Aristote, Nicandre, Martial, Juvénal, Lucrèce, etc., parlèrent de ces affections.

Au Moyen-Age, les édits paraissent s'occuper des condi-

tions dans lesquelles le travail est pratiqué, mais plus dans un but prophylactique des populations, que dans celui de sauvegarder des ouvriers.

Il faut arriver à la fin du xvii^e siècle pour que Ramazzini (1633-1714), successivement à Modène et à Padoue, soit le véritable précurseur de la Médecine industrielle. Il étudia plusieurs sujets, mais son livre « *De morbis artificum diatriba* » devait, à juste titre, le rendre célèbre.

La première édition, parue en 1700, comportait 40 chapitres, la seconde, parue en 1714, en comportait douze de plus. Au célèbre questionnaire qu'Hippocrate adressait à ses malades, il ajoute la question : « Quelle est votre profession ? » — Il établit la relation qui peut exister entre le travail et la maladie et alla dans les ateliers étudier les conditions du travail. Il écrivit une phrase demeurée célèbre : « Plusieurs industries représentent une source de dangers pour ceux qui la pratiquent et les malheureux ouvriers accablés des pires maladies là où ils croyaient trouver leur vie et celle de leur famille, meurent en maudissant leur ingrate profession ».

Son œuvre a dépassé de beaucoup le but qu'elle s'était fixée, elle devint le fondement d'une littérature qui devait sans cesse s'accroître sur la médecine du travail.

Au xviii^e et surtout au xix^e siècle, avec le développement de l'industrie, une connaissance plus parfaite des maladies professionnelles, devint une nécessité. Des statistiques de mortalité énorme ayant été signalées dans des pays voisins avec l'introduction de certains procédés industriels, de nombreux médecins étudièrent les maladies professionnelles.

Au xx^e siècle, l'Angleterre et l'Allemagne semblent s'être rangées aux premières places dans la réglementation des industries insalubres. En France, le Ministère de l'Industrie et du Commerce fit dès 1910 une étude sur les poisons industriels, en 1903, sur les maladies professionnelles. MM. Heim de Balsac et Hébart, en 1912, étudièrent l'hygiène industrielle. La Grande Guerre de 1914 semble avoir attiré tout particulièrement l'attention sur la nécessité de sauvegarder la santé des travailleurs. Il parut plusieurs ouvrages traitant de la question, et un journal : *La Médecine du Travail*.

Il fut créé à la Faculté de Médecine de Paris, en 1933, un Institut d'Hygiène industrielle et de Médecine du travail, où sont étudiées et enseignées les conditions et les améliorations hygiéniques des travaux industriels, la prophylaxie des maladies professionnelles, la surveillance médicale des usines et des ateliers. Cet institut où professent MM. Duvoir, R. Fabre, et Heim de Balsac, forme chaque année un cadre de médecins spécialisés.

Indépendamment de cette organisation officielle de la Faculté de Médecine de Paris, il vient d'être inauguré un Institut d'Etude et de Prévention des maladies professionnelles, dirigé par le D^r Hausser.

Les dispositions législatives françaises, concernant les accidents du travail, remontent à 1898, cette loi fut étendue aux maladies professionnelles par la loi d'octobre 1919, complétée à son tour par celle de janvier 1931.

Sur le plan international, de nombreuses conférences s'occupèrent de la question : Paris, 1900; Congrès de Milan, 1906; Bruxelles, 1910; Vienne, 1914; Lyon, 1929; Genève, 1931; Bruxelles, 1935; et tout récemment à Paris (juin 1937), les Journées internationales de Pathologie et d'organisation du Travail, où d'importantes questions furent discutées : enseignement de la Médecine du travail, la Pathologie du travail, la Prévention des maladies et intoxications professionnelles, la législation, etc. Ces Congrès indiquent bien l'intérêt que toutes les nations portent à ces questions.

Le Bureau international du Travail à Genève s'occupe actuellement de la Médecine du travail.

Cette rapide rétrospective indique bien la place grandissante qu'à prise dans la Société la Médecine du travail.

Après nous être ainsi rendu compte de ce qu'étaient les maladies professionnelles et de leur importance, il nous est actuellement possible de nous rendre compte de leur fréquence.

En France, nous ne paraissions pas posséder de statistique d'ensemble parfaite : cela tient à plusieurs raisons.

Toutes les maladies professionnelles ne sont pas indemnisables.

Toutes ne sont pas à déclarations obligatoires. Or, nous ne pouvons, posséder que les chiffres déclarés par le Ministère du Travail, qui ne portent, nous le répétons, que sur les maladies à déclarations obligatoires.

On a même souvent l'impression que parfois des maladies pouvant être déclarées ne le sont pas, et cela pour plusieurs raisons. Toutes les industries ne possèdent pas de médecin attitré, visitant régulièrement le personnel. Le libre choix du médecin par l'ouvrier peut le faire s'adresser à un praticien non spécialisé. Or comme nous l'avons dit tout à l'heure, les maladies professionnelles n'ont pas toujours un aspect qui permette de les rattacher immédiatement à une profession. Les maladies professionnelles et l'hygiène industrielle font actuellement à la Faculté de Médecine l'objet d'un enseignement complémentaire de perfectionnement, que tous les étudiants ne reçoivent pas.

En France d'autre part, dix produits pharmaceutiques seulement sont indemnisés, alors que dans d'autres pays, comme la Suisse, par exemple, plus de cent produits sont envisagés. Au Japon, en Russie, au Mexique, il y en a plus de trois cents.

Ceci explique les statistiques restreintes que nous produisons, et qui pourraient faire croire que les maladies professionnelles n'existent pour ainsi dire pas chez nous. En examinant les statistiques du Ministère du Travail, nous voyons que :

913 cas de maladies professionnelles ont été déclarées en 1932;

842 en 1933;

840 en 1934.

Ces chiffres sont dangereux, car ils pourraient nous laisser dans un état d'euphorie funeste.

En Allemagne, où les statistiques semblent faites avec une particulière méthode, de 1926 à 1933, il y eut 78.986 maladies professionnelles déclarées. D'autre part un autre tableau allemand, indiquant la morbidité de certaines professions est particulièrement instructif.

Morbidité moyenne pour toutes professions.....	3.54
Compositeurs	43.0
Imprimeurs	11.0
Lithographes, graveurs, graveurs de musique.....	12.3
Fondeurs de caractères d'imprimerie.....	55.1
Ferblantiers	5.5
Peintres et laqueurs.....	61.7

En Grande-Bretagne, il y eut 10.994 cas de Maladies professionnelles déclarés en 1930. Particulièrement intéressante est dans ce pays la comparaison des cas de maladies professionnelles par rapport au nombre d'ouvriers employés à celui des accidents du travail.

Pour une période de sept ans, de 1922 à 1928, sur 66 millions d'ouvriers, soit 9 millions et demi par an, il y eut 113.184 maladies professionnelles, dont 214 mortelles et 3.019.715 accidents du travail dont 18.487 mortels.

Les maladies professionnelles sont donc la cause fréquente de morbidité et de mortalité; voyons maintenant comment nous sommes armés contre elles, pour nous rendre compte de l'aide que peut nous apporter l'hydroclimatothérapie dans l'hygiène et la thérapeutique industrielles.

Nombreuses sont les classifications des maladies professionnelles : certains les classent en maladies de causes endogènes, et en maladies de causes exogènes, d'autres en maladies aiguës et en maladies chroniques, etc. Nous adopterons cette dernière classification qui nous paraît donner un aspect plus exact de la réalité.

Les maladies professionnelles aiguës : L'élément primordial est l'agent nocif ingéré à dose massive. Il s'agit le plus souvent d'un sinistre imprévisible, brutal, pratiquement inévitable, qui, peut en quelque sorte être apparenté à l'accident du travail : erreur de manœuvre, rupture d'une canalisation, etc. L'intoxication oxycarbonée aiguë, le coup de plomb des vidangeurs, le tétanos des égoutiers en sont des exemples. La brusquerie et l'intensité des signes ne laissent le plus souvent place qu'à une thérapeutique purement symptomatique, quand celle-ci a le temps d'être faite. Ce sont des cas que nous

mentionnons pour mémoire, car l'hydro-climatothérapie n'a aucun rapport avec eux. Il est, toutefois des cas, qui peuvent ne pas être mortels; une intoxication massive et grave laisse souvent après elle des séquelles digestives, hépatiques, rénales, pulmonaires, nerveuses, etc., pour lesquelles une thérapeutique thermale est largement indiquée. Nous ne faisons que mentionner ce fait, car nous allons insister sur cette question au sujet des intoxications chroniques.

Les maladies professionnelles chroniques forment un immense chapitre de la pathologie du travail.

Elles peuvent être provoquées par la façon d'être de l'ouvrier et sa résistance au travail;

par des agents chimiques, qui peuvent occasionner soit des troubles généraux, soit des troubles localisés dans un organe, soit atteindre uniquement la peau;

par des agents microbiens ou parasitaires;

par des agents physiques : chaleur, froid, pression atmosphérique, radiations, etc.

Les maladies professionnelles dues à la résistance de l'ouvrier au travail sont particulièrement intéressantes.

L'introduction dans l'usine des méthodes de rationalisation du travail, dont Taylor fut le promoteur, et, qui tendent à donner aux ouvriers le maximum de rendement, ont transformé complètement les conditions physiologiques du travail.

Aujourd'hui, l'ouvrier ne paraît plus que le servant de sa machine, qui exige de lui l'abdication de son initiative et l'oblige à une répétition indéfinie des mêmes gestes, des mêmes mouvements, des efforts d'attention multiples, qui peuvent amener la fatigue et le surmenage.

La méthode ne faisant travailler que certains groupes de muscles de l'ouvrier a enlevé au travail ce caractère d'être le meilleur régulateur de l'équilibre physiologique. Car l'exercice musculaire normal est un excellent stimulant des fonctions végétatives.

M. Dhers a dit à ce sujet : « La fatigue industrielle est plus sensorielle et intellectuelle que musculaire et physique, par suite des conditions modernes de production (répétition des

mêmes mouvements précis, d'efforts des organes des sens, et de la volonté, avec surmenage des processus impliqués) ».

Il est certain que la visite d'une usine moderne avec son atmosphère particulière et surchauffée, le bruit de ses machines, le travail à la chaîne, toujours identique, la promiscuité inévitable du travail, oblige à se rendre compte de ce que pourrait représenter pour ces ouvriers une cure d'air, d'altitude ou hydro-minérale de désintoxication et de repos : action bienfaisante et prophylactique, non seulement contre la fatigue et le surmenage, si bien connus en pathologie du travail, mais aussi contre les autres maladies auxquelles ils auront préparé le terrain.

C'est là une notion que nous ne semblons pas devoir ignorer.

C'est également devant ce tableau, souvent trop superficiellement connu que l'idée du médecin d'usine s'impose : médecin dont le rôle si souvent et si bien décrit par M. le Prof. agrégé Duvoir, sera plus de dépister et de prévenir, que de guérir, et dont la tâche morale sera faite de compréhension et d'éducation.

Il est certain que cette fatigue industrielle peut atteindre des sujets robustes. Mais n'oublions pas que les facilités du travail amènent vers les grands centres des populations rurales, qui peuvent être « des inadaptés urbains » et être en premier lieu, plus que tout autre, tributaires de ces thérapeutiques.

Quant aux fatigues localisées à certains groupes musculaires, mais respectant jusqu'à un certain point l'état général, dont la crampe de l'écrivain est l'exemple classique, elle relèvent en premier lieu d'un dépistage médical précoce et du changement de travail; elles pourraient en second lieu trouver leur guérison dans une crénothérapie chaude associée à la physiothérapie.

Quant aux maladies professionnelles par agents physiques ou chimiques, elles sont excessivement nombreuses.

Les progrès et l'extension de l'industrie l'obligent à avoir de plus en plus recours à des produits chimiques et à des agents physiques nombreux. La manipulation sur une grande

échelle de produits tels que le plomb, le mercure, le benzène, etc., et autres dont la liste s'allonge incessamment, pourrait occasionner par leur toxicité des maladies nombreuses, si une connaissance parfaite de l'hygiène industrielle et de la médecine du travail ne venait sauvegarder la santé des travailleurs.

Il est très certain, comme le fait justement remarquer M. René Barthe dans la *Presse Médicale* du 6 avril 1938, que nombre de maladies professionnelles pourraient être évitées par une prévention technique parfaite (outillage perfectionné, éducation des ouvriers, dépistage précoce, etc.) et par une collaboration étroite entre le médecin et l'ingénieur, le médecin et le délégué ouvrier à l'Hygiène et à la sécurité, par un contrôle fréquent du matériel; mais, malheureusement, il est des cas où, dans la maladie professionnelle, l'élément primordial est le « Terrain », si bien mis en valeur par MM. Duvoir et Pollet dans leur article sur l'Intolérance en Pathologie professionnelle, *Annales de Médecine légale*, mai 1937. Tel ouvrier est atteint à des doses inoffensives pour un autre.

Il est hors du cadre de notre travail de faire ressortir cette prévention de la maladie professionnelle et de la détailler. Nous nous contenterons d'en indiquer l'importance et de répéter qu'elle doit être le fondement de la médecine industrielle.

La maladie professionnelle déclarée, soit par faute, soit parce que l'agent toxique a trouvé un terrain sensibilisé, sur lequel il a produit des ravages à des doses inoffensives pour d'autres, que devons-nous faire ? ou plutôt, comment sommes-nous armés ?

Si certains produits, depuis longtemps étudiés, occasionnent des troubles bien connus et individualisés, ayant une thérapeutique assez active, (comme les intoxications par le mercure, le plomb, le bismuth et leur traitement par le soufre), certains par contre, et ce sont les plus nombreux, n'ont pas à proprement parler de traitement nettement individualisé.

Notre action se borne en premier lieu, et avant tout, à une action prophylactique, une fois l'intoxication déclarée, le plus souvent devant l'impuissance de nos thérapeutiques, on se

borne à soustraire le malade au toxique et à faciliter la désintoxication par le repos, par un régime hypotoxique, diurétique, et au besoin par une thérapeutique purement symptomatique contre certaines manifestations.

Ces conditions ne semblent nulle part mieux réalisées que dans nos stations thermales dont l'action anti-toxique générale a été maintes fois signalée et depuis longtemps connue et éprouvée.

Cette action, qui provoque, suivant l'expression imagée, « une véritable cure de lavage », par un effet souvent combiné sur le foie et sur le rein, qui a fait depuis si longtemps user de la crénothérapie dans certaines diathèses, comme l'arthritisme, par exemple (pour lequel la crénothérapie est une des thérapeutiques les plus actives), pourrait, nous le pensons, être utilisée mieux que nulle part ailleurs, dans les intoxications professionnelles.

Ceci peut être dit d'une façon générale, car, il est des cas où la crénothérapie s'impose par une action spécifique et ces cas sont au nombre de deux :

A) Dans les cas où la minéralisation de l'eau l'indique comme anti-toxique spécifique;

B) Dans les cas où un organe ou une fonction ont été électivement touchés.

A) L'action du soufre thermal, que nous avons fait ressortir dans le traitement de la syphilis, en indiquant, comme le montre M. Desmoulière, que le mercure se transformerait dans l'organisme en chloro-albuminates d'hydrargyre insolubles. Les eaux sulfureuses agiraient sur ces chloro-albuminates en augmentant la puissance de solubilité des albumines vis-à-vis du mercure, et d'autre part en transformant ces chloro-albuminates insolubles en sulfates solubles facilement éliminables.

L'action du soufre est également remarquable dans l'intoxication saturnine. Les eaux sulfureuses offrent tellement d'avantages sur le classique miel soufré, par son action diurétique, et reconstituante, qu'il nous paraît inutile de nous apesantir sur une chose si évidente.

Le soufre thermal est un excellent reconstituant général de l'économie, il stimule les échanges nutritifs d'une façon remarquable (Flurin). Cette action est loin d'être négligeable dans les intoxications chroniques.

B) Si l'action des eaux n'est pas toujours indiquée par leur minéralisation, elle peut l'être par leur action particulière sur un organe lésé plus spécialement par un toxique.

Dans ces cas également, elles paraissent avoir une action que nous ne semblons pas devoir négliger, car elles permettraient sans autre médicament chimique d'agir sur un organisme déjà intoxiqué.

Certains toxiques touchent particulièrement le foie, l'hydrogène arsenié, l'hydrogène phosphoré, le tétrachloréthane, le plomb, l'alcool, etc... et provoquent comme les phénols, le manganèse, un état de déficience du foie.

D'autres touchent le rein : le mercure, le plomb, les chromates, etc...

D'autres touchent en même temps le foie et le rein, déterminant des hépato-néphrites : le chloroforme, di et trichloréthylène, tetrachlorure de carbone, benzènes, et dérivés halogénés nitrés, phosphore, arsenic, etc...

D'autres ont pu toucher plus électivement le système nerveux, y provoquant des lésions multiples, névrites, paralysies, etc., comme également le plomb, le mercure, l'arsenic, l'oxyde de carbone, le sulfure de carbone, le manganèse.

D'autres, le sang, comme les benzols, les rayons X, etc... Et nous pourrions détailler toute la pathologie du travail.

Nous croyons que dans ces intoxications chroniques avec lésions et troubles fonctionnels électifs d'un organe, la thérapeutique hydro-minérale est prépondérante par son action antitoxique générale et par son action élective sur un organe. Les eaux de Vichy, par exemple, dont l'action sur le foie n'est pas discutée, ne trouveraient-elles pas une utilisation rationnelle dans les lésions toxiques de cet organe ? Les eaux de Saint-Nectaire dans les néphrites, etc... ?

Les cures d'altitude qui favorisent l'hématopoïèse et la régénération globulaire nous paraissent tout indiquées dans

les anémies si fréquentes dans les maladies par radiations, par benzols, etc...

Quant aux dermatoses professionnelles, elles occupent dans la pathologie du travail une grande place, qu'elles méritent par leur fréquence. On peut, en effet, évaluer à 40 pour cent de la totalité des malades consultants à l'Hôpital Saint-Louis les malades atteints de ces dermatoses, a dit le Prof. agrégé Sézary, dans sa leçon à l'Institut de Médecine industrielle et d'Hygiène du travail (1937), où par ailleurs il désigne l'idiosyncrasie et l'allergie naturelle, comme facteurs les plus fréquents de ces affections. L'action des cures thermales est indiquée dans ces deux cas.

L'action désensibilisante, par l'intermédiaire du foie, de certaines eaux thermales est bien connue. Des stations se sont également rendues célèbres par leur action locale sur ces dermatoses.

Les maladies microbiennes et parasitaires professionnelles ne relèvent de la crénoclimatologie qu'en période de convalescence, à titre de reconstituant général et pour lutter contre certaines séquelles.

EN RÉSUMÉ :

Les maladies professionnelles doivent en premier lieu et avant tout, être tributaires de mesures prophylactiques consistant en une hygiène rigoureuse du travail, dans son organisation aussi parfaite que possible, faite d'un commun accord entre le médecin, l'ingénieur, et le délégué ouvrier.

Si elles n'ont pas pu cependant être évitées, elle paraissent devoir largement bénéficier des cures hydro-climatiques.

Car, comme nous venons de le dire, notre pénurie en thérapeutique active fait que, après éloignement du toxique l'hydro-climatothérapie, agent éminemment actif de désintoxication et de diurèse, paraît, à n'en pas douter notre meilleure arme dans ce cas.

QUELLE AUTRE THÉRAPEUTIQUE AVONS-NOUS EN EFFET A APPLIQUER DANS LA MAJORITÉ DES CAS ?

Hors de ces données générales, il est quelques cas où la

cure thermique s'impose par sa minéralisation : soufre et mercure, soufre et plomb, soufre et bismuth.

Il est des cas où elle s'impose par son action sur une fonction perturbée ou sur une lésion organique élective.

Son action paraît de tout premier ordre dans la fatigue et le surmenage de l'usine, chez l'inadapté urbain, où elle ne sera plus seulement curative, mais encore préventive contre les autres affections que ces états peuvent laisser apparaître.

Nous croyons que notre grande richesse nationale hydro-climatique pourrait rarement être mieux employée en médecine sociale que dans la lutte contre les maladies professionnelles.

Car si l'utilité de l'hydro-climatisme paraît évidente médicalement, elle ne le paraît pas moins socialement. La loi française actuelle n'indemnise, nous l'avons vu, qu'un nombre restreint de maladies professionnelles; ne semblerait-il pas juste que l'Etat mit à la disposition des ouvriers malades et *non indemnisés* les moyens naturels dont la France est si largement pourvue, pour leur permettre, dans les meilleures conditions de retrouver leur santé si utile à leur foyers et à la Société.

Ces mesures pour être parfaitement équitables devraient s'étendre à la médecine préventive.

ACCIDENTS DU TRAVAIL, SÉQUELLES DE BLESSURES DE GUERRE ET DE TRAUMATISMES DE TOUTES NATURES

L'action de la physiothérapie est manifeste sur les séquelles de blessures et de traumatismes de toute nature. Or, dans la physiothérapie la crénoclimatothérapie tient une place importante. Nos stations thermales possèdent souvent en plus de leurs sources chaudes des établissements physiothérapiques des mieux agencés. Le Prof. Broca, dans son livre sur les séquelles ostéo-articulaires des blessures de guerre, paraît très bien situer le problème : « Très probablement le rôle de la minéralisation des eaux est accessoire, l'action des eaux

est due à la chaleur, peut-être aussi à des phénomènes physiques et chimiques, que nous commençons à peine à entrevoir dans des eaux, pour ainsi dire, animées et vivantes.

Ces phénomènes sont au maximum dans les boues de certaines stations, et en fait, depuis de longues années, j'ai acquis la conviction, que pour les arthrites chroniques non bactériennes avec raideur et reliquats sub-inflammatoires, le traitement par boues hydro-minérales est le meilleur, surtout dans les stations où l'on a su faire des installations pour massages, mobilisation, électrisation ».

Les séquelles possibles des blessures et des traumatismes sont trop nombreuses pour qu'il nous soit possible d'en envisager chaque cas séparément afin d'en poser les indications thermales.

La Grande Guerre de 1914 est trop présente à la mémoire de tous, pour qu'il soit nécessaire de rappeler qu'alors, nos principales stations thermales étaient transformées en centres médico-chirurgicaux et que les blessés purent bénéficier des cures sur une grande échelle.

Notre expérience de ce moment n'est pas négligeable, car elle porte sur 2.754.724 cas dont l'histoire hospitalière a été recueillie intégralement. Sur ces cas on dénombre :

573.971 accidents ;

2.052.984 blessures de guerre ;

127.769 gazés.

Et sur 363.150 cas dont l'histoire n'a pas été recueillie intégralement, dont 50.369 accidents ;

312.721 blessures de guerre ;

60 gazés.

Pour un total général de 3.117.874 cas. Les blessés ayant été hospitalisés secondairement pour une blessure ancienne n'ont pas été décomptés.

Or, quelle expérience nous a été fournie par tous ces cas ?

Une circulaire en date du 9 juin 1915 désigna 27 stations ou diriger tout militaire présentant des séquelles de blessures de guerre, ou de maladies susceptibles d'être améliorées par les eaux.

Cette première circulaire fut complétée par les circulaires des 24 et du 31 juillet et du 9 octobre 1915.

M. Justin Godart, alors sous-secrétaire d'Etat, frappé des résultats obtenus, compléta ces dispositions premières. La circulaire du 25 juin 1916 porta de 27 à 37 le nombre des stations thermales à utiliser et donna des directives aux médecins militaires, directives qui peuvent résumer la question, la trancher, et être une sorte de charte des cures hydro-minérales des séquelles des blessures de guerre : « Il m'est rendu compte, disait M. Justin-Godart, que la plupart des stations hydro-minérales, dont dispose le Service de Santé, ne reçoivent qu'un nombre restreint de militaires venant le plus souvent de formations sanitaires appartenant à la région même où elles sont situées. Cette utilisation incomplète des ressources importantes du territoire est très préjudiciable à l'intérêt des malades et des blessés.

Elle ne semble pouvoir s'expliquer que par l'ignorance dans laquelle se trouvent les médecins et les chirurgiens traitant, de l'existence des stations utilisées par l'armée ou bien encore pour certains d'entre eux par la méconnaissance des propriétés curatives des eaux. On ne saurait laisser se prolonger une situation aussi fâcheuse, j'attache la plus grande importance à ce que le traitement hydro-minéral soit largement appliqué ».

Pendant la guerre, MM. Justin-Godart et Mourrier, secondés par les directions des Services de Santé, semblent avoir tout fait pour mettre nos eaux et nos climats au service de nos blessés.

Citer ce texte fondé sur l'expérience d'alors nous paraît mieux que tout autre raisonnement, poser l'indication réelle des cures hydro-climatiques dans les séquelles de blessures de guerre.

Quant aux accidents du travail, ils ne sont pas négligeables :

En France, en 1933, il y eut un total de 676.935 accidents du travail.

dont 1.942 morts;

5.941 incapacités permanentes;

664.583 incapacités de plus de 4 jours.

Dans les mines, minières, carrières, à la même époque, il y eut un total de 105.222 accidents :

dont 391 morts;

2.944 incapacités permanentes;

101.222 incapacités temporaires;

665 suites inconnues.

En 1934, il y eut 632.804 accidents du travail,

dont 1.822 morts;

5.831 incapacités permanentes;

620.819 incapacités de plus de 4 jours;

4.962 suites inconnues.

En 1934, dans les mines, minières, carrières, il y eut = 101.372 accidents du travail.

dont 396 morts;

2.991 incapacités permanentes;

97.589 incapacités temporaires;

396 suites inconnues.

En 1935, il y eut 613.333 accidents du travail, et dans les mines, minières, carrières : 87.805 accidents du travail.

Ces chiffres importants ne montrent-ils pas qu'en peu d'années le travail fait lui aussi une grande guerre à la classe laborieuse.

Puisque l'expérience de la Grande Guerre de 1914, si bien résumée par M. Justin-Godart, a montré l'utilité indéniable des cures thermales dans les séquelles de blessures de guerre, pourquoi ne pas appliquer ces données sur une grande échelle aux accidents du travail.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD, LE SOURD, CHAUVET, FRANÇOIS, FLANDIN, BALTHAZARD, LEGRAIN, Pr. MOURIQUAND, CHIRAY. — Intoxications, maladies par carence, maladies par agents physiques, affections médicales et traumatismes, du *Traité de pathologie médicale*, publié sous la Direction de MM. SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX.

A. BROCA. — Séquelles ostéo-articulaires des plaies de guerre.

Bulletins du Ministère du Travail, avril-mai-juin 1936, n^{os} 4, 5, 6.

Bulletins du Ministère du Travail, juillet-août-septembre 1936, n^{os} 7, 8, 9.

Bureau international du Travail. Hygiène du travail, encyclopédie d'hygiène et de pathologie et d'assistance sociale.

DUVOIR. — Encyclopédie médico-chirurgicale : intoxications et maladies professionnelles.

DUVOIR, HEIM DE BALSAC, R. FABRE. — Cours de 1937 de l'Institut d'Hygiène industrielle et de Médecine du travail.

Etude statistique chirurgicale de la guerre de 1914-1918. Les blessés hospitalisés à l'intérieur du territoire. L'évolution de leurs blessures. — Imprimerie nationale, 1924.

MARTIN et BROUARDEL. — Traité d'Hygiène industrielle.

POLLET. — Maladies professionnelles, leur législation.

ROUVILLOIS et MAISONNET. — Lésions traumatiques des articulations.

SCHOOF. — Hygiène et toxicologie industrielles.

STASSEN. — Les maladies professionnelles.

MALADIES COLONIALES ET LEURS SÉQUELLES

Nous croyons devoir envisager deux éventualités.

Le colonial rentre en France avec une apparente santé :

Le colonial rentre en France avec des séquelles de maladies coloniales.

Le colonial rentrant en France avec une apparente santé a cependant besoin de se soigner; il doit se soigner, car l'Européen transplanté sous les tropiques a été soumis aux influences d'un climat nouveau auquel son organisme a plus ou moins de mal à s'adapter.

La météoropathologie coloniale est riche en exemples : les maladies climatiques, gros foie colonial *a calore*, troubles psychiques des coloniaux, etc... La vie familiale, les affinités intellectuelles d'un colonial sont souvent perturbées, il est livré aux agressions d'agents pathogènes inhabituels auxquels son organisme n'offre qu'une résistance faible due à ce qu'il ne peut mettre en jeu une prémunition, une immunité antérieure. L'examen d'un colonial rentrant dans la métropole avec une apparente santé est souvent très instructif, car, minutieusement fait, il est exceptionnel qu'il ne révèle pas un foie un peu déficient, un intestin plus ou moins atone, un certain degré d'anémie ou d'intoxication.

C'est alors qu'une cure thermique précoce et judicieusement appliquée mettra l'organisme en meilleure posture, soit pour continuer une vie normale, soit pour supporter un nouveau séjour colonial.

Beaucoup trop de médecins ont encore tendance à voir dans la cure thermique le traitement d'exception ou le traitement que l'on applique en désespoir de cause, quand tout l'arsenal thérapeutique a été épuisé. *La cure thermique préventive* devrait au contraire être le but essentiel du thermalisme, car nul traitement mieux qu'elle, ne peut faire disparaître des troubles fonctionnels à leur début, et permettre d'éviter une affection plus grave.

Ces données paraissent particulièrement évidentes en médecine

cine coloniale, car la cure thermique offre un double avantage : ceux même de la cure, ceux du climat, qui peut apparaître chez le colonial rapatrié comme réellement thérapeutique.

Nous croyons que tout colonial, même en apparente bonne santé, devrait à son retour dans la métropole, largement bénéficier des cures thermales et climatiques.

Le colonial rentre en France avec des séquelles d'affections coloniales :

La pathologie du colonial rapatrié peut être qualifiée de « pathologie des séquelles », que l'on pourrait classer très schématiquement en séquelles gastro-intestinales, séquelles hépatiques, séquelles sanguines, mais qui, en réalité, sont rarement aussi différenciées.

Le plus souvent, plusieurs organes sont touchés à la fois, et à des degrés divers. Les lésions sont la plupart du temps en état d'interdépendance intime.

Une colite post-dysentérique s'accompagne généralement d'accidents hépatiques, et un « beau foie » paludéen ou dysentérique va généralement de pair avec un certain degré d'anémie.

La base de la thérapeutique des séquelles coloniales doit être une thérapeutique physiologique d'ensemble. Elle comportera une diététique convenable, un climat approprié, et un traitement par excellence : la cure thermique. Lorsque ces trois moyens peuvent être combinés, on a le maximum d'effet curateur.

Nous ne pouvons évidemment passer en revue les séquelles possibles des maladies coloniales et toutes les maladies coloniales que l'on peut constater dans la métropole pour en poser ensuite les indications thérapeutiques. Nous ne pouvons, dans le cadre de ce travail, que faire des considérations générales.

Toutefois, nous croyons que les affections le plus fréquemment rencontrées et que peu de coloniaux, après un séjour plus ou moins prolongé loin de la métropole, ne présentent pas, sont le paludisme et la dysenterie. Or l'une et l'autre sont

très justiciables de cures hydro-climatiques qui vraiment sont actives contre les troubles hépatiques, sanguins, intestinaux et l'état de dépression qui sont communs à ces deux affections.

Le paludisme paraît en outre être tributaire des cures d'altitude.

Le Prof. M. Guiart, de Lyon, a écrit en effet : « L'altitude exerce à elle seule une véritable action spécifique sur le paludisme en provoquant une hyperglobulinisation du sang et en amenant un afflux de globules rouges dans les vaisseaux périphériques où les parasites sont sans doute plus facilement attaqués par la quinine.

L'un de nous (M. Guiart), chef du 2^e secteur anti-paludéen et adjoint au Service de Santé de la 14^e Région conseilla d'organiser des Hôpitaux de paludéens dans les Alpes, afin de rendre impossible une épidémie dans la population civile. Il arriva que dans les hôpitaux d'altitude les résultats furent infiniment supérieurs à ceux que l'on obtenait dans les hôpitaux de plaine, le climat de montagne à lui seul paraissait exercer une action thérapeutique sur le paludisme en réduisant le nombre des accès, en favorisant la régénération des hématies et de l'hémoglobine, en diminuant l'hypertrophie de la rate, en améliorant l'état général ».

Il pourrait sans doute en être de même de l'amibiase.

Le paludisme et l'amibiase frappent électivement le foie qui réagit fort bien du reste, au traitement médicamenteux de ces affections. Il ne paraît plus guère influencé au contraire, quand des lésions de sclérose sont venues altérer son parenchyme.

C'est dans ces cas que la cure d'Eaux, visant particulièrement le foie aura sur les troubles fonctionnels une action qui ne pourra être comparée à celle d'aucune autre thérapeutique.

L'anémie tropicale sera elle aussi tributaire des cures hydro-climatiques, les eaux arsenicales réussissant particulièrement bien dans ces cas.

Nous croyons que les coloniaux, en dehors des affections parasitaires et microbiennes qui relèvent du traitement médi-

camenteux approprié ont des troubles généraux ou locaux causés en grande partie par la météoropathologie et sont tributaires à leur retour dans la métropole, de l'action compensatrice de nos meilleurs climats et de nos eaux thermales. Guérir le mal par le bien, ou plus exactement rendre largement ce dont un organisme a pendant longtemps été privé, semble dans ce cas la formule juste.

Du reste, l'affluence très grande des coloniaux dans nos stations indique bien que cette notion est bien comprise du corps médical et facilement admise par le grand public.

Pour les coloniaux en apparente bonne santé, nous pouvons, croyons-nous, dire que le fait d'avoir subi pendant un temps suffisamment long l'atteinte climatique du milieu tropical provoque le plus généralement sur l'organisme des altérations d'intensité variable allant du simple trouble d'ordre général occulte, au dysfonctionnement cellulaire, et que ces cas sont toujours tributaires d'un climat compensateur et de la cure thermale susceptible, mieux que tout autre, d'amener et de rétablir une santé parfaite.

BIBLIOGRAPHIE

BLANC et BORDES. — Les maladies coloniales dans la pratique des pays tempérés.

GUIART, GARIN, Marcel LÉGER. — Précis de médecine coloniale.

Ch. JOYEUX et A. SICE. — Précis de médecine coloniale (Masson et Cie, éditeur).

J.-J. MATIGNON et ABATTUCCI. — Le bréviaire thermal du colonial.

LE TRAITEMENT THERMAL ET CLIMATIQUE DES PETITES AFFECTIONS CHRONIQUES ET DES SÉQUELLES DES MALADIES AIGUES

On nous excusera de passer très rapidement sur ce chapitre et de nous contenter d'en signaler l'importance ; il est en connexion avec toute la pathologie médicale et chirurgicale, et nous voudrions le traiter en détail, mais nous pensons qu'un travail complet comportant plusieurs volumes y suffirait à peine. Nous serons donc obligé d'être brefs.

Nous devons signaler dans le traitement des petites affections chroniques et des séquelles des maladies aiguës le double point de vue curatif et préventif.

Dans le domaine curatif, tout le monde sait trop bien quelle action bienfaisante sur une insuffisance hépatique peut avoir une cure bicarbonatée sodique, genre Vichy ; sur les asthmatiques, une cure du Mont-Dore, etc., etc..., et nous pourrions multiplier les exemples à l'infini.

Dans les séquelles des maladies aiguës, la méthode qui, je crois, a fait depuis si longtemps ses preuves, de changement d'air et de cure climatique de convalescence et de repos, a suffisamment d'exemples heureux à son actif pour qu'il nous soit nécessaire de faire autrement que de la signaler.

Mais il est des cas où vraiment, hors de ces indications générales, une cure s'impose. Nous nous contenterons d'indiquer ce que peut faire sur une albuminurie persistante après scarlatine, une cure d'eaux appropriée,

et sur une adénopathie trachéo-bronchique survenue chez l'enfant à la suite d'une maladie infectieuse, une cure arsenicale, associée au grand air.

Dans le domaine préventif, l'action des cures hydro-climatiques paraît offrir un intérêt tout particulier. Chez l'adulte, le rôle du Médecin des Caisses d'Assurances sociales et du Médecin d'usine, ainsi que nous l'avons défini, pourrait avoir une action particulièrement bienfaisante, en dépistant les affections dès leur début et en essayant de les prévenir par

ce puissant moyen que nous possédons dans l'Hydrologie et la Climatologie.

L'œuvre de ces praticiens ne serait pas seulement humainement bienfaisante, elle le serait aussi socialement et scientifiquement. Combien de cas de maladies, grands fléaux sociaux, pourraient être ainsi évités, tuberculose, rhumatismes graves, affections cardiaques, etc...

Le médecin d'usine et le médecin des Caisses d'Assurances sociales qui peuvent contrôler l'état sanitaire des classes laborieuses et les faire bénéficier en temps voulu des traitements appropriés, peuvent actuellement beaucoup par une utilisation éclairée et socialement intelligente de nos richesses hydro-climatiques nationales dans un but sanitaire général du plus grand intérêt.

Cette action sera particulièrement utile quand elle s'appliquera à l'enfance, car c'est vraiment chez elle, comme nous l'avons dit dans notre chapitre sur la prophylaxie de la tuberculose, que l'hydroclimatothérapie produit les plus heureux effets. C'est à l'enfant que les cures hydro-minérales sont les plus profitables, a dit à maintes reprises le Professeur Landouzy.

Certes, pour arriver à ce programme, qui se place uniquement au point de vue médical, de nombreuses difficultés restent à vaincre.

Les médecins praticiens paraissent souvent méconnaître l'importance des effets curateurs qu'ils peuvent trouver dans l'hydroclimatothérapie.

Une campagne de presse médicale serait utile pour leur rappeler ces notions pourtant évidentes. Il y aurait des difficultés matérielles à vaincre, des organisations à instituer. Nous ne pouvons naturellement pas envisager la question ni en législateur ni en économiste.

Nous allons nous contenter, après avoir jeté un très rapide coup d'œil sur le passé, de voir ce qui peut se faire à l'étranger et de dire ensuite ce qui peut se faire en France, assurés que tôt ou tard, suivant les possibilités de l'heure, l'hydroclimatisme social étendra progressivement son action bienfaisante aux classes laborieuses.

Dans ce chapitre à la fois trop long et trop court, peut-être (puisque parfois il nous a été seulement possible de signaler des faits que nous aurions aimé développer pour l'utilité de notre sujet), « sur les buts de l'hydro-climalisme social », nous nous sommes efforcés de montrer que l'hydro-climalisme était d'une utilité incontestable dans la lutte contre les maladies sociales. Puisque l'hydro-climatothérapie représente un facteur de telle importance dans la Médecine sociale, nous allons essayer de nous rendre compte de la façon dont les économiquement faibles peuvent en bénéficier, pour leur bien, celui de leur famille, celui de la Société.

Mais auparavant nous allons, en envisageant seulement quelques maladies sociales, voir nos ressources hydro-climatiques, pour bien objectivement rappeler nos richesses nationales.

CHAPITRE III

De nos ressources hydro-climatiques

Nous ne pouvons évidemment, dans ce travail, qui tend seulement à étudier certains points de l'hydro-climatisme social, faire œuvre de Traité d'hydro-climatologie et énumérer nos stations thermales et climatiques en en citant les indications médicales. Des traités bien connus, d'excellents et nombreux ouvrages, certaines œuvres comme « L'Annuaire médical des stations hydro-minérales, climatiques et balnéaires françaises », paru sous la direction du Docteur Gardette, sont des travaux trop complets pour qu'il nous soit possible de les imiter. Aussi, nous contenterons-nous, en nous inspirant de ces ouvrages, d'énumérer quelques stations susceptibles d'être utilisées dans la lutte contre les maladies grands fléaux sociaux.

Cette énumération succincte, sur un point TRÈS LIMITÉ de nos ressources, n'aura qu'un seul but, celui de rapidement et objectivement rappeler les très grandes richesses hydro-climatiques françaises.

QUELQUES PRINCIPALES STATIONS CLIMATIQUES

Abondance (Haute-Savoie).	Boran-sur-Oise.
Abriès (Hautes-Alpes).	Briançon (Hautes-Alpes).
Aiguilles-en-Queyras (Htes-Alpes).	Bruyères (Vosges).
Ajaccio (Corse).	Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées).
Alger (Algérie).	Chamonix (Haute-Savoie).
Anancy (Haute-Savoie).	Le Chatelard (Savoie).
Arcole (Oran).	Cluses (Haute-Savoie).
Argentières (Haute-Savoie).	Combloux (Haute-Savoie).
Beaufort (Savoie).	Les Echelles (Savoie).
Biskra (Algérie).	Flumet (Savoie).

Font Romeu (Pyrénées-Orientales).	Pralognan-la-Vanoise (Savoie).
Gérardmer (Vosges).	Prats-de-Mollo (Pyr.-Orientales).
Les Gets (Haute-Savoie).	Les Rousses (Jura).
La Grave (Hautes-Alpes).	Saint-Cergues (Haute-Savoie).
Hamman-Righa, près Alger.	Saint-Gervais (Haute-Savoie).
Hauteville-Lompnes (Ain).	Saint-Gingolph (Haute-Savoie).
Le Lautaret (Hautes-Alpes).	St-Julien-en-Genevois (Hte-S.).
Le Lioran-Laveissière (Cantal).	St-Pierre-de-Chartreuse (Isère).
La Louvesc (Ardèche).	Sallanches (Haute-Savoie).
Le Malzieu-Ville (Lozère).	Samoens (Haute-Savoie).
Le Markstein (Haut-Rhin).	Saujon (Charente-Inférieure).
Megève (Haute-Savoie).	Servoz (Haute-Savoie).
Menthon-Saint-Bernard (Hte-Savoie).	Superbagnères-Luchon (Hte-G.).
Le Monclier-les-Bains (Htes-Al.).	Superbolquère, Forêt de Font-Romeu (Pyrénées-Orientales).
Le Mont-Pilat (Loire).	Talloires (Haute-Savoie).
Le Mont-Révard, sur Aix-les-Bains.	Thonon-les-Bains (Hte-Savoie).
Noiretable (Loire).	Vernet-les-Bains (Pyr.-Orient.).
Passy (Haute-Savoie).	Villars-d'Arène (Hautes-Alpes).
Pau (Basses-Pyrénées).	Villard-de-Lans (Isère).
	Les Voirons (Haute-Savoie).

La Thalassothérapie peut être appliquée sur nos plages de la Méditerranée, de la Mer du Nord, de la Manche et de l'Atlantique, suivant les indications.

Nos climats marins sont riches et variés, ce qui est facilement expliqué par nos 2.360 kilomètres de côtes, d'orientations très différentes, baignées par des mers très dissimilables.

Crénothérapie du rhumatisme

Aix-en-Provence.	Beaucens.
Aix-les-Bains.	Bourbon-Lancy.
Amélie-les-Bains.	Bourbon-l'Archambault.
Aulus.	Bourbonne-les-Bains.
Ax-les-Thermes.	Le Breuil.
Bagnères-de-Bigorre.	Capvern.
Bagnols-de-Lozère.	Cauterets.
Balaruc.	Châteauneuf.
Barbotan.	Chaudesaigues.
Barèges.	Contrexéville.

Dax.	Nancy-Thermal.
Digne.	Néris.
Eaux-Bonnes.	Plombières.
Escouloubre.	Préchaq-les-Bains.
Euzet.	Rennes-les-Bains.
Evaux.	Royat.
Evian.	Saint-Amand.
Gréoux.	Saint-Laurent.
Hamam-Rigba.	Tereis.
Korbous.	Thuès.
Lamatou.	Usson.
Le Neubourg.	Vernet-les-Bains.
Luchon.	Vichy.
Luxeuil.	Vittel.
Morsbronn.	

Crénothérapie des dermatoses et de la syphilis

Ax-les-Thermes.	Molitg.
Barèges.	Neyrac.
La Bourboule.	La Roche-Posay.
Cauterets.	Sail-les-Bains.
Challes.	Saint-Christau.
Digne.	Saint-Gervais.
Enghien.	Uriage.
Les Fumades.	Usson.
Luchon.	

Mais en réalité les stations thermales pouvant avoir d'heureux effets dans le traitement de la syphilis sont en fait beaucoup plus nombreuses, car, comme nous avons essayé de le montrer dans notre paragraphe sur cette affection, les eaux susceptibles de traiter le foie, le rein, les eaux sulfureuses, arsénicales, les cures climatiques peuvent, dans certains cas, être indiquées.

Cette rapide, LIMITÉE, et incomplète énumération, nous le répétons, n'a qu'un seul but, donner un aperçu et rappeler d'une façon concrète nos très grandes ressources hydro-climatiques.

CHAPITRE IV

Un rapide coup d'œil en arrière

Quelle peut être l'origine de l'hydro-climatisme social ?

Nous allons essayer de la découvrir en cherchant moins à faire œuvre d'historien, en citant des dates et des édits, qu'en essayant de l'individualiser dans la marche ascendante de la civilisation.

Il semble très vraisemblable que l'hydrologie et la climatologie répondent à un instinct naturel de l'être vivant pour en quelque sorte s'apparenter à la recherche dans la grande nature des conditions meilleures à son existence, à son tempérament, à ses conditions momentanées physiologiques ou pathologiques.

Cette recherche par l'être vivant des conditions de vie plus favorables peut s'appeler tropisme, attraction, instinct, s'expliquer par des mécanismes assez différents ; il n'en reste pas moins vrai qu'elles se retrouvent du haut en bas de l'échelle vivante :

— orientation des branches et racines des végétaux vers l'endroit le plus favorable comme température, lumière ou eau ;

— migration de cultures vers l'endroit où les conditions de vie sont meilleures, etc...

Dans les espèces animales, ne voit-on pas les oiseaux quitter à certaines époques les régions à climat défavorable pour aller en habiter de plus clémentes ? Ne voyons-nous pas les animaux chercher dans les éléments non seulement le soulagement de leur faim ou de leur soif, mais aussi de leurs maux ? Ne voit-on pas les fauves chercher dans les bains de boue le soulagement de leur dermatose parasitaire ? Ce cas, dont je dois la connaissance au Prof. Millot, qui a bien

voulu me donner quelques renseignements, me semble particulièrement frappant, car le fauve sans parasite ne se baigne pas dans la boue. Qui sait si la race animale ne cherche pas avec le merveilleux instinct qui la caractérise, le soulagement, la guérison de ses souffrances dans les ressources naturelles, peut-être incomplètement connues des hommes, que nous offrent les diverses eaux et climats ? De même, ne les voyons-nous pas user des plantes avec sagacité, suivant leurs besoins ? Il peut paraître évident que cette tendance au bain que l'on remarque chez certaines races animales répond également au besoin de trouver dans les différents agents de la nature ceux qui leur sont utiles.

L'homme s'est, par sa civilisation, éloigné du merveilleux instinct des bêtes ou en est naturellement dépourvu. C'est peut-être pour cette raison qu'il est nécessaire que la science vienne lui rappeler que c'est encore dans la nature qu'il retrouvera les éléments vitaux qui lui manquent et que c'est par elle, qu'il pourra rétablir le fonctionnement normal de sa physiologie.

De toutes façons, que la recherche du climat meilleur ou de l'eau curatrice soit un instinct ou non, l'histoire du thermo-climatisme peut se résumer dans cette belle phrase que le Professeur Maurice Villaret a dite dans sa leçon inaugurale à la Chaire d'Hydrologie :

« La créno-climatologie, partie de la religion, sommeilla longtemps dans l'empirisme, demeura ensuite purement clinique, puis emprunta aux autres sciences en évolution les éléments qui lui permettent de constituer une nouvelle branche de l'art médical, nécessitant un enseignement spécial et des laboratoires de recherche. »

La créno-climatologie est vieille comme le monde, ont dit MM. Bernard et Even dans leur livre sur la Thérapeutique Hydro-climatique de la tuberculose. C'est toutefois Hérodote, 450 avant J.-C., qui fixa le premier les modalités du thermalisme en déterminant la durée officielle des cures à vingt et un jour et la façon dont elles devaient être appliquées.

Quant à Hippocrate, 540 avant J.-C., il consacra le climatisme dans son traité « des airs, des eaux, des lieux ».

Toute l'Antiquité semble avoir pratiqué le thermalisme dans une très large mesure ; mais elle attribuait ses heureux effets à des divinités, ne pouvant expliquer autrement les effets curateurs, d'où l'identification du thermalisme et de la religion.

Mais pour ne pas sortir de notre sujet, qui est l'Hydro-climatisme Social, notre but est de rechercher justement ce qu'il peut y avoir de social dans l'évolution du thermo-climatisme à travers l'Histoire. Est-il utile de dire qu'à la préhistoire, rien n'était social et que tout pouvait l'être, puisque chacun prenait dans la nature ce qui lui était nécessaire. Il est certain que dans l'Antiquité le goût du bain était très répandu, et que les principales religions en faisaient une pratique presque obligatoire ; est-ce là une première manifestation du thermalisme social ?

Dans la Grèce antique les bains étaient très en faveur, c'est ce que nous voyons à chaque moment dans l'Iliade. Pour qu'il soit possible de dire « social », il faut que la pratique soit consacrée par une loi civile ou religieuse, qui rende la chose possible aux masses. Or, il est évident, qu'à une époque où l'esclavage était admis, de pareilles choses ne pouvaient guère exister dans les lois civiles, c'est uniquement dans les pratiques religieuses que nous pourrions trouver quelques réglementations ayant une apparence sociale.

Ablutions rituelles avant les sacrifices, avant l'entrée des temples, bains dans les fleuves sacrés, Nil, Gange. Toutes les religions antiques ou presque vénérèrent les sources particulièrement thermale et firent des ablutions des rites indispensables, elles peuvent par là avoir déjà compris l'Hydro-climatisme social.

Mais c'est chez les Romains que le thermalisme qui avait un grand essor, prit vraiment un aspect intéressant au point de vue social.

Le goût des bains avait fait construire sur l'emplacement des sources chaudes ou froides, toutes encore exploitées de nos jours dans un but thérapeutique, des établissements de bains. Les sources étaient comme toutes les forces de la nature, l'objet d'un culte, des temples étaient construits

auprès d'elles, nous croyons que ces thermes en tant que temples étaient ouverts à tous ; d'intéressantes découvertes ont été faites lors de la réfection des puits de sources : on mit à jour des amas de pièces de monnaies sans doute jetées là en reconnaissance à la divinité. Ce qui semble indiquer que l'argent n'était pas donné aux Prêtres pour prendre des bains. Certains écrits signalent cependant que dans des temples, les Prêtres demandaient une redevance, faible, il est vrai, pour les bains.

A l'époque des Empereurs romains, les bains se multiplièrent dans toutes les villes de l'empire. Il fut alors fréquent de voir des empereurs ou des candidats heureux accorder une journée d'entrée gratuite dans les bains publics, autre manifestation du thermalisme social. Auguste fit durer cette faveur une année entière. D'autres Empereurs firent construire des thermes pour le peuple. De nombreux vestiges subsistent en Italie, en France et dans les pays que parcoururent les légions romaines : Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, le Mont-Dore, Nérès-les-Bains, Saint-Honoré. Si l'entrée n'était pas toujours gratuite, le prix était très réduit.

Les bains continuèrent à être en honneur chez les premiers Chrétiens, on signale même des bains liturgiques, qui précédèrent la célébration de la Messe. Dès les premiers temps du Christianisme on construisit des bains à proximité des basiliques, et des Papes comme Saint Hilaire, 464, Symmachus, 514, Grégoire IV, 844, donnèrent cet exemple.

Nombre de couvents furent construits à proximité des sources thermales et Dagobert I^{er} abandonna en 676 au Couvent de Waissenfels les bains construits par les Romains.

En 1420, les Abbés Bénédictins sont avertis par leur Provinciale d'avoir à construire des bains dans les couvents et au xvr^e siècle la plupart des couvents possèdent des bains pour les clercs, dont l'usage est gratuit (Dupouy, *Moyen âge Médical*, Paris, 1895).

Habituellement, en France, le privilège de disposer des sources thermales était réservé aux monastères ; ainsi ont été signalés les Célestins à Vichy, les Capucins à Forges, les Bénédictins à Canterets, et aussi à Luxeuil, les Cordeliers à

Alise Sainte-Reine. La sociologie se confondait alors avec la religion, il est probable que les détenteurs de sources en firent bénéficier les indigents. L'Eglise avait du reste mission de faciliter les bains aux indigents et cela par un certain nombre de fondations, venant de personnes riches. On appelait ces bains donnés gratuitement « les bains pour le salut des Ames », parce qu'ils étaient fondés avec des dons, faits dans le but de sauver l'âme du fondateur (Weyl).

Les bains de Baden-Baden étaient encore ouverts en 1480 « à la grâce de Dieu » pour les pauvres gens.

L'Eglise eut à s'occuper également de la prophylaxie sociale en s'occupant des lépreux. Quelques maladreries étaient situées près des sources thermales.

Henri IV décida qu'à Aix, les bains seraient réservés en partie aux blessés de guerre : « A ces capitaines, braves gens, qui avaient reçu mousquetades et coups d'épée au siège des villes prises par sa Majesté ».

Il faut arriver à la révolution pour trouver dans l'Hydroclimatisme des lois sociales vraiment faites pour les indigents.

Un arrêté du 23 vendémiaire de l'An VI sous le Directoire, affirme le droit des indigents aux eaux minérales.

Un arrêté du 19 floréal an VII sous le Directoire, donnait droit au Gouvernement d'obliger les communes à envoyer les malades dans les stations thermales.

La loi du 17 juillet 1833 régle l'assistance médicale gratuite.

La loi du 12 juillet 1873 prévoit le droit aux cures thermales ou aux séjours hospitaliers gratuits aux eaux minérales pour les militaires atteints de blessures de guerre ou de maladie contractée en Service.

La loi Mesureur de 1908 précise l'exercice des droits aux cures des indigents.

La loi de 1910 crée dans une certaine mesure les stations hydro-minérales et climatiques.

La loi du 24 septembre 1919 créa des stations hydro-minérales et de tourisme, et établit des taxes spéciales dans ces stations.

Loi complétée par le décret du 4 mai 1920.

Enfin la loi sur les Assurances sociales, du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, et modifiée encore par les décrets des 28 et 30 octobre 1935 ouvre véritablement une porte plus large à l'Hydro-climatisme social.

Cette énumération de lois paraît nécessaire, car la charité, la morale ou la science indiquent le chemin, c'est la loi qui consacre. Cette succession de lois mieux que tout autre raisonnement indique clairement que l'Hydro-climatisme social est devenu une nécessité dans la société moderne.

La Faculté de Médecine vient de créer une Chaire de Médecine sociale. La consécration officielle de cette branche de la Médecine aura certainement une répercussion sur les générations médicales à venir.

Après ce rapide aperçu rétrospectif, voyons ce qui peut exister actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

D'ALES. — Dictionnaire apologétique.

Jean BERGERON. — La Balnéation à travers les âges. — *Thèse*, Paris, 1935.

BERTHELOT, DEREMBOURG, GURY, etc. — La grande encyclopédie inventaire des sciences, des lettres, et des arts, Société savante des gens de lettres.

Maurice BOTREL. — Organisation du traitement des indigents aux stations thermales et climatiques. — *Thèse*, Paris, 1929.

CASTIGLIONI. — Histoire de la Médecine.

DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Pierre GALLAND. — L'Eglise et l'Hygiène au Moyen Age. — *Thèse*, Paris, 1933.

LEMAIRE. — Page de l'Histoire du Thermalisme. — *Thèse*, Paris, 1933.

MARTIGNY. — Dictionnaire des antiquités chrétiennes.

Jean SELLIER. — A travers l'Hydro-climatisme, stations de la Grèce antique. — *Thèse*, Paris, 1932.

Maurice VILLARET et JUSTIN-BESANÇON. — Clinique et thérapeutique hydro-climatiques. — Masson et Cie, éditeurs.

WEYL. — Histoire de l'Hygiène sociale.

CHAPITRE V

Que peut-il se faire à l'Etranger ?

Il nous est actuellement possible de voir ce qui peut se faire à l'étranger dans le domaine de l'Hydro-climatisme social.

Evidemment, notre enquête sera limitée : elle se bornera à indiquer ce qui existe dans quelques pays à esprit, culture, tendances très différents.

Nous n'avons nullement l'intention d'énumérer fastidieusement ce qui peut se faire à travers le Monde pour faciliter l'Hydro-climatisme social ; *nous tendrons seulement à montrer, en donnant l'exemple de quelques pays, que l'Hydro-climatisme social semble avoir été un sujet de préoccupations pour des nations très différentes, qui paraissent avoir compris ce que socialement elles pouvaient retirer de son action bienfaisante.*

ITALIE.

Les richesses thermo-climatiques de l'Italie sont grandes.

Il y a environ trois cents sources minérales italiennes exploitées, mais on en connaît environ mille cinq cents dans la péninsule. Les stations climatiques y sont variées.

L'Italie paraît avoir développé largement, ces dernières années, son Thermo-climatisme social.

Un important effort a été tenté par l'intermédiaire de l'Institut national fasciste de Prévoyance sociale, aussi bien dans le domaine crénothérapique que climatothérapique.

A Fratta, Salsomaggiore, Battaglia, San Giuliano, ont été construits des édifices très modernes, appelés « Thermes des travailleurs ». Un très grand nombre d'ouvriers, se comptant

par milliers, y reçoivent l'hospitalité, et y sont soignés par des Médecins spécialisés.

Au point de vue social, d'autres institutions s'occupent des cures thermales en Italie. L'œuvre nationale « Dopolavoro » (Post labor) « Après le travail », par exemple, offre à ses adhérents les possibilités d'une cure à Viterbo ; l'institution nationale fasciste d'Assistance magistrale « Rosa Maltoni-Mussolini » facilite les cures thermales aux instituteurs et aux institutrices qui en font partie, les chemins de fer de l'Etat accordent les mêmes facilités à leurs employés.

Dans le domaine de la thérapeutique infantile, il existe des Colonies thermales pour l'Enfance du Peuple, qui se développent beaucoup. L'assistance thermale apportée aux enfants se fait par l'intermédiaire de la Mutualité scolaire aux Thermes de Sirmione, de Salsomaggiore.

L'Institut national de Prévoyance sociale a commencé, il y a 10 ans environ, à s'occuper de l'assistance balnéo-thermale des ouvriers assurés sociaux.

Cette assistance ne serait pas un droit pour les assurés, elle n'existerait qu'en cas de maladie susceptible d'occasionner une véritable invalidité.

Cette assistance est accordée gratuitement aux assurés de droit en cas de nécessité (c'est-à-dire menace d'invalidité) ;

elle est accordée à titre de demi-gratuité aux femmes des assurés, aux non obligatoirement assurés, et aux assurés de droit chaque fois que la cure thermale est jugée utile, mais non indispensable. Les malades sont envoyés dans les stations appartenant directement à l'Institut national de Prévoyance sociale et dans les établissements en concession, où l'Institut se réserve le droit d'adresser ses assistés.

Les indigents sont adressés aux cures thermo-climatiques par leur commune et cela par l'intermédiaire des OEuvres et Institutions d'Assistance. Un certain nombre de stations thermales reçoivent ces malades par suite d'une convention passée avec les communes.

Les membres du Dopolavoro jouissent d'une réduction de 50 % aux Thermes de Viterbo.

Les membres du Dopolavoro, qui auraient des ressources

insuffisantes pourraient obtenir la gratuité complète du traitement thermal, en s'adressant à leurs Comités provinciaux respectifs.

Le Gouvernement italien paraît avoir pris toutes les mesures nécessaires pour intensifier le thermo-climatisme social, aussi bien en donnant des facilités aux économiquement faibles qu'en intensifiant l'étude médicale de l'Hydro-climatisme dans les Facultés de Médecine.

EN RUSSIE.

L'article 119 de la Constitution de l'Union des Républiques soviétiques socialistes dit : « Les citoyens de l'U. R. S. S. ont droit au repos par l'affectation aux besoins des travailleurs d'un vaste réseau de sanatoria, de maisons de repos et clubs. » C'est de cette conception que s'inspire l'Hydro-climatisme social dans ce pays.

En Russie, les législations actuelles ne paraissent viser que les travailleurs, qui sont assujettis à la loi sur les Assurances sociales.

Les Assurances sociales intéressent tous les ouvriers et employés sans exception de métiers ou de spécialisation.

Les assurés sociaux ne versent aucune cotisation aux assurances sociales. Ce sont les entreprises et les établissements employeurs, c'est-à-dire les assureurs, qui versent d'après un barème une cotisation proportionnelle au salaire.

Ces versements réglés par le décret du 23 mars 1937 et par des décrets antérieurs varient de 3,7 % à 10,7 % du montant du salaire.

En ce qui concerne les cures thermales et climatiques, l'envoi des assurés sociaux dans les stations se fait par une Commission spéciale de sélection ; cette commission fonctionne dans l'usine, l'atelier, dans les grosses entreprises et aussi dans les cliniques et dispensaires pour les ouvriers qui travaillent dans des groupements moins importants ne posédant pas de commission.

Les commissions se composent d'un membre du Syndicat professionnel, qui préside, d'un Médecin du Centre de pro-

lection, d'un Médecin du dispensaire, de deux représentants des Assurances sociales, dont un Médecin. Il peut être adjoint à cette commission un Médecin traitant ou un spécialiste. C'est par elle qu'est prononcée l'admission aux stations.

Le travail de la commission de sélection se fait sur le rapport du Médecin traitant, qui indique la station : la Commission fixe la durée du congé à accorder au malade.

Les comités locaux des usines délivrent des bons de séjour.

L'ouvrier russe est payé pendant sa maladie suivant un barème établi par le décret du 23 juillet 1931. Certains touchent intégralement tout leur salaire pendant toute leur maladie, les moins favorisés touchent les deux tiers de leur salaire.

L'ouvrier doit verser pour son admission dans les stations de cure une somme modique, variant suivant les régions, et pouvant aller de 142 roubles à 496 roubles. Quelquefois, en cas de nécessité, cette somme peut être versée par le Syndicat ou par l'entreprise.

Quels sont les résultats de cette législation ?

En 1937, nous dit le Guide à travers les Syndicats soviétiques de A. Lozovski, Moscou, 1937, plus de deux millions de personnes furent dirigées sur des maisons de repos aux frais des Assurances sociales.

Il y eut en outre plus de 350.000 personnes dirigées sur les sanatoriums et stations balnéaires.

Il y a également, en Russie, une institution un peu particulière, et intéressante au point de vue du climatisme, ce sont « les Maisons de repos », qui ne sont pas des établissements médicaux, mais des endroits où les ouvriers peuvent demander à passer leurs congés, même de fin de semaine. Ces maisons de repos « d'un seul jour » ont reçu, en 1936, un nombre de 1.118.000 assurés sociaux.

Cette organisation est intéressante dans le domaine du climatisme préventif.

EN AUTRICHE.

Jusqu'à ces derniers temps encore, les législations étaient les suivantes :

Les indigents pouvaient recevoir dans certains établissements l'hospitalité et les soins thermaux et médicaux à un prix très modique. Les établissements principaux sont le Wohltätigkeit à Baden, Landeshospice à Badgastein, Croix rouge, Sanatorium de la Croix Blanche, Peterhof, Sauerhof à Baden, Croix rouge à Badgastein et à Bad Ischl, Maisons d'enfants de la Ville de Vienne à Bad Hall, Maison de cure pour les Instituteurs à Bad Hofgastein, Maison de repos pour les agents de police à Bad Schallerbach, Maison de cure et donation de Wierer à Bad Ischl, etc...

Les assurances sociales n'étaient pas obligatoirement astreintes à accorder les cures thermales ou climatiques aux assurés sociaux. Les cures, après demande spéciale, n'étaient accordées que selon le libre arbitre des caisses, mais sujettes cependant aux règles qui étaient établies par la Direction des caisses. Ces cures, en fait, étaient accordées suivant les possibilités.

Les conditions de cures étaient les suivantes :

- 1° Nécessité d'une demande faite depuis un certain temps,
- 2° Une indication médicale posée par le Médecin traitant et vérifiée par le Médecin des caisses.

En cas de cure thermale on accordait :

A) Le séjour dans des établissements appartenant aux caisses, et dans lesquels les caisses sont assurées d'avance d'un certain nombre de places.

B) Ou allocation d'une somme pour frais de séjour et de traitement, somme dont le montant était fixé, mais qui en général n'était accordée que quand il s'agissait d'une station où la caisse ne disposait ni d'établissement, ni de places lui appartenant en propre.

Dans le cas de séjour à la campagne, une somme dont le montant était fixé d'avance, était payée à l'assuré social quand il faisait la preuve de son séjour (certificat du Maire).

Les cures d'enfants pouvaient être couvertes partiellement ou totalement par les Caisses.

EN SUÈDE.

« Les pensions populaires suédoises », assurance invalidité et vieillesse, comprennent le peuple entier. Les cures hydro-climatiques sont données à tous ceux qui en ont besoin, mais cela avec les réserves ci-dessous : Nécessité d'une indication absolue de cure thermique; les cures thermales ne sont données qu'à ceux qu'elles sont susceptibles d'améliorer réellement.

— Sont exclus de ces mesures les malades ayant plus de 55 ans;

— les malades ayant une situation économique suffisante.

Les cures thermales en Suède visent principalement les affections rhumatismales et nerveuses. Les soins sont généralement donnés dans des établissements possédés par « Les pensions populaires », et dans certains services des grands Hôpitaux.

Les pensions possèdent les établissements d'Are, Ninäs, Tranås, qui traitent particulièrement les affections rhumatismales et nerveuses.

L'Hôpital général de Malmö traite les nerveux.

Un service identique pour nerveux est en création à l'Hôpital départemental de Wänersborg.

Il existe des services de rhumatisants dans les Hôpitaux de Norrköping, Västerås, Lund, Lidköping, et Umeå, à l'Hôpital Militaire de Boden.

La Suède possède en outre des établissements appelés « Cure d'été », pouvant recevoir 450 personnes.

Les frais de journée dans ces établissements sont d'environ 7 couronnes 26 öre.

Ils sont de 6 couronnes 45 öre dans les établissements d'été.

En règle, la Direction des pensions ne paie pas tous les

frais, le malade, ou à défaut son canton doit en verser environ le tiers.

Les cures sont données pour 60 jours, mais peuvent être interrompues dans les cas où la perspective d'un rétablissement ne peut être envisagée.

La contribution la plus basse réclamée pour frais de cure à payer d'avance par le malade ou à défaut par son canton est de 138 couronnes.

Le prix de journée peut être plus élevé de 3 couronnes 30, de 4 couronnes 50, de 5 couronnes 50, suivant l'état économique du malade.

Ces prix comprennent tous les soins.

Tous les autres frais sont payés par l'Etat.

Aux stations d'été, la contribution de la Direction des Pensions peut atteindre 250 couronnes.

La Direction des Pensions paie le voyage aller et retour du malade, sauf pour les Stations d'été qui sont choisies à côté de son domicile.

En 1936, il y eut 6.548 malades adressés aux Stations thermales.

EN TCHÉCOSLOVAQUIE.

Voici schématiquement l'organisation des Assurances sociales en Tchécoslovaquie. Elles englobent l'assurance maladie des salariés, des mineurs, des employés, des fonctionnaires publics, des ecclésiastiques; l'assurance accident et maladie professionnelle, l'assurance invalidité vieillesse, décès.

Le nombre total des assujettis aux Assurances sociales en 1935 s'élevait à 3.300.000, et en comptant les membres de la famille participant au régime des Assurances sociales, sept millions, c'est-à-dire la moitié de la population à peu près.

C'est justement ce grand nombre de ressortissants, par rapport au nombre de la population qui fait la force des Assurances sociales en Tchécoslovaquie. C'est cette force qui a permis aux Tchécoslovaques de réaliser particulièrement dans le domaine du thermo-climatisme des progrès très inté-

ressants, comme celui, par exemple, de pouvoir posséder des Stations thermales.

Il nous faut signaler d'autre part, que les lois initiales créatrices des Assurances sociales (loi du 9 octobre 1924, loi du 8 octobre 1928) contenaient déjà l'idée large du Thermo-Climatisme, car ces lois admettaient la possibilité de remplacer les prestations par un traitement curatif approprié, climatique ou thermal, susceptible même dans certains cas d'être utilisé comme traitement préventif.

Ce point est important, il indique la place que cette thérapeutique occupe dans l'esprit de la loi.

D'autre part, l'Hydro-Climatisme a non seulement été envisagé du point de vue curatif, et préventif, mais il a encore été considéré, comme un élément susceptible d'abréger la convalescence. La loi, en effet, prévoit à la fin de la période d'assistance médicale, et cela pendant un an, la possibilité d'un séjour dans les établissements climatiques.

La législation englobe aussi les enfants des assurés sociaux.

Les lois de 1924 et de 1928 restent le fondement de l'administration actuelle; elles ont été seulement modifiées quant au taux des prestations qu'elles allouent par la loi 112 de 1934.

Ces lois ne concernaient que les ouvriers; les employés privés, les mineurs, les fonctionnaires publics, qui n'étaient pas visés par elle, ont eu à une époque très voisine, une législation semblable, leur donnant exactement les mêmes avantages : la gratuité complète des cures hydro-climatiques, sauf pour les assurés qui possèdent des ressources, ou qui occupent dans l'échelle sociale un rang plus élevé; leur participation aux frais est alors établie suivant un barème.

Il est à remarquer que l'assuré, s'il bénéficie gratuitement de la cure, ne touche pas de demi-salaire, pendant sa durée. Une allocation de maladie lui est seulement donnée pour lui permettre de subvenir aux besoins de son foyer.

Pour pouvoir être envoyé en cure, l'assuré sur proposition de son médecin, doit avoir l'autorisation du Médecin-Chef de la Caisse, à la visite médicale duquel il doit se soumettre.

Les Caisses d'Assurance sociale possèdent en Tchécoslovaquie :

- 9 Sanatoriums;
- 34 Maisons de cure;
- 27 Maisons de cure et de repos;
- 49 Etablissements thermaux.

Elles ont en outre passé des contrats avec toutes les Stations importantes, où elles ne possèdent pas d'établissements.

En ce qui concerne les indigents, le régime de l'Assistance, qui leur est donné, remonte pour la Bohême, la Moravie, la Silésie, aux lois du 3 décembre 1863, complétées par celle du 3 décembre 1868; pour la Slovaquie et la Russie Subcarpathique aux lois hongroises de 1866 et XXI de 1899. Les traitements créo-climatiques leur sont donné à titre gratuit. Les cures sont pour eux loin d'être aussi nombreuses que pour les assurés sociaux.

Le fisc militaire possède cinq maisons de cure et un sanatorium de montagne où sont soignés les officiers et les membres de leur famille, ainsi que les soldats ayant besoin d'une cure thermale pour une affection contractée en service.

Voyons maintenant les résultats de cette législation :

Nombre d'assurés sociaux (ouvriers seulement), en 1935 : 1.700.000 environ;

Nombre de cures hydro-climatiques allouées : 14.851.

Ce chiffre ne comprend pas les cures climatiques de la tuberculose.

En nous plaçant au point de vue médical pur, celui qui nous intéresse avant tout, nous voyons que pour un total d'environ 1.700.000 assurés sociaux tchécoslovaques, il a été possible en 1935 de faire bénéficier de cures thermales près de 15.000 malades. Ce pourcentage très fort à pu sans doute être atteint parce que les Assurances tchécoslovaques possèdent des stations thermales, des établissements dans les stations qui ne sont pas leur propriété, qu'elles ont passé des contrats avec certaines stations, qu'elles facilitent matériellement les cures par des allocations suffisantes voire même la gratuité du traitement.

CHAPITRE VI

Des législations actuellement existantes en France

Les efforts successifs réalisés par différentes législations et décrets ont dispersé l'organisation administrative du Thermo-Climatisme social.

Nous allons en suivant le plan de MM. les Prof. Maurice Villaret, O. Crouzon et Justin-Besançon, dans leur rapport au Congrès du Tourisme, du Thermalisme, du Climatisme, Paris, octobre 1937, énumérer les principaux Ministères et Administrations publiques qui s'occupent, chacun pour leur propre compte de cette question.

1° **Le Ministère de la Santé Publique** assume actuellement, une grande part de l'organisation médico-sociale du thermo-climatisme.

a) La réalisation des cures thermales des assurés sociaux, avec le Ministère du Travail.

b) L'organisation du thermo-climatisme en liaison avec les Dispensaires d'Hygiène sociale.

c) L'étude climatique des sites sanatoriaux et préventoriaux.

d) L'organisation et la surveillance des préventoriums, et certains essais de camps thermaux et climatiques.

On pourrait encore allonger cette liste et ajouter les œuvres sur lesquelles le Ministère de la Santé Publique a droit de regard.

2° **L'Administration générale de l'Assistance publique**, qui est régie par la loi de 1851, a créé certaines organisations à tendances sociales et notamment sur l'initiative du Prof.

Maurice Villaret UN CENTRE DE TRIAGE HYDRO-CLIMATIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS, qui fonctionne depuis 1928 successivement aux Hôpitaux Saint-Antoine, Necker, Broussais. Une Commission de triage composée des Professeurs Carnot, Rathery, Lœper, O. Crouzon, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique et Justin-Besançon, avec un représentant du Directeur général, siège régulièrement dans le service du Prof. Villaret. Ce Centre a distribué plus de 7.000 consultations en 1936. Il assure après enquête administrative l'envoi des indigents dans 27 hôpitaux thermaux, leur traitement thermal, leur examen au retour. L'utilité de ce Centre est si évidente, que des organisations similaires se sont formées en province, notamment à Lyon, Toulouse et dans différentes villes de Faculté.

3° Le Ministère du Travail a la charge des Assurances sociales.

4° Au Ministère de l'Education Nationale incombe l'enseignement du thermo-climatisme social dans les Facultés et Ecoles de Médecine;

L'organisation des écoles de plein air;

L'installation de lycées de montagne.

5° Le Ministère des Travaux Publics tient sous sa dépendance le commissariat au Tourisme, Thermalisme et Climatisme. Dès sa création sous la Direction de M. Roland Marcel, il s'est rapidement orienté dans le sens médico-social.

6° Le Ministère de la Guerre, de la Marine et de l'Air tient sous sa dépendance les Hôpitaux thermaux militaires, où il envoie, en application de la loi du 12 juillet 1873, les blessés et malades de son département.

7° Le Ministère de France d'Outre-Mer auquel incombe le traitement thermal et climatique des fonctionnaires coloniaux. Ce Ministère s'occupe également des stations thermales et climatiques d'Outre-Mer.

8° **Les municipalités thermales** auxquelles appartiennent la gestion et la direction des hôpitaux thermaux, où sont distribués les soins gratuits. Cette gestion est rarement faite par les départements.

Après nous être ainsi rendu compte du cadre administratif du créno-climatisme social, essayons de voir maintenant les avantages qu'il donne aux économiquement faibles.

Les Indigents :

Les malades indigents, c'est-à-dire administrativement, ceux inscrits sur la liste d'Assistance Médicale gratuite de leur commune, sont adressés, quand la chose est reconnue médicalement nécessaire, dans les vingt-sept hôpitaux thermaux et les hôpitaux climatiques (pour les affections osseuses par exemple), dans les Sanatoriums (pour les affections pulmonaires). Le traitement leur est donné d'une façon absolument gratuite, et les frais qu'il occasionne, sont supportés par leur département.

Aux malades non indigents, qui ne sont pas assurés sociaux et qui ont des ressources très limitées, sont réclamés des frais de journée très faibles.

Aux Assurés sociaux :

Il semble que pour eux il y ait beaucoup à faire.

Cures thermales : Le malade sur présentation de son médecin, et après autorisation du médecin de la Caisse dont il ressort, peut être envoyé aux eaux. Et cela d'une façon tout à fait autonome, choisissant le médecin de ville d'eaux qui lui plaît, le domicile qui lui convient. A son retour sur justification des honoraires médicaux, frais de cure, note d'hôtel, l'assuré social pourra toucher de sa Caisse une participation aux frais, calculée comme suit :

Une participation aux frais médicaux de frs 96.

ou une somme forfaitaire allant de frs 120 à 400, suivant le cas. Les frais de voyage sont entièrement à la charge de

l'assuré. L'assuré pendant sa cure touche demi-salaire réduit, lorsqu'une indemnité lui est accordée pour hospitalisation.

Cures climatiques : Les assurés sociaux sont hospitalisés dans des établissements privés qui sont agréés par les Caisses d'Assurance sociale. Les malades peuvent choisir l'établissement, ou être placés d'office. Les Caisses acceptent de rembourser les frais de séjour dans les limites de leur tarif de responsabilité. Ce tarif est plus élevé pour les Sanatoriums (il était de 27 francs ces derniers temps encore) que dans les Préventoriuns et les Maisons de repos. Si le prix de séjour est supérieur au tarif de responsabilité, les assurés sociaux doivent verser la différence.

L'assuré social a le libre choix intégral de l'établissement dans lequel il veut se faire traiter. Si cet établissement n'est pas agréé par les Caisses, le malade est considéré comme se traitant chez lui. Par conséquent il touche demi-salaire et le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques dans la limite des tarifs de responsabilité. La seule chose imposée est la visite médicale au départ.

L'intérêt du malade et de la Société est donc de se faire hospitaliser dans les Etablissements agréés par les Caisses d'Assurance sociale.

Dans les établissements agréés par les Caisses d'Assurance sociale, il arrive, le plus souvent, que le malade ne peut payer le complément des frais de séjour, qui existent entre le prix de la journée payé par les Caisses et le prix réclamé par l'établissement. Le malade est alors obligé de demander l'Assistance médicale gratuite partielle et de passer par les Offices d'Hygiène sociale. D'où la nécessité de coordination entre les Assurances sociales et l'Assistance sociale.

Après ce rapide exposé du fonctionnement des législations françaises, en ce qui concerne les indigents et les assurés sociaux, nous pouvons essayer de nous rendre compte de la façon dont fonctionnent ces différentes organisations.

En ce qui concerne les indigents, le fonctionnement administratif paraît satisfaisant, surtout depuis la création du Centre de Triage Hydro-climatique des Hôpitaux de Paris.

Il est à souhaiter que des centres identiques fonctionnent plus largement en province. Car s'il est indispensable de faire tous les sacrifices nécessaires pour les traitements hydro-climatiques des économiquement faibles, encore faut-il que l'indication des cures soit médicalement posée d'une façon indiscutable. Toute cure inutile ou envisagée comme repos doit être évitée.

Les résultats d'une cure ne dépendant pas seulement de la façon dont le traitement a été appliqué ou suivi, mais encore de « l'indication » des eaux, une cure prescrite à temps voulu avec des eaux convenant parfaitement à l'affection, produit le maximum d'effet.

Le nombre important (7.000 en 1936) et toujours grandissant des consultations données par le Centre de Triage des Hôpitaux de Paris, indique l'importance et le bon fonctionnement de cette organisation.

Cette organisation, est d'ailleurs unique : notre enquête à l'Etranger ne nous en a pas révélé d'identique.

En ce qui concerne les cures hydro-climatiques des indigents, il est possible de désirer que toutes les stations possèdent un Hôpital thermal, et que d'autre part les hôpitaux existant aient une importance suffisante pour recevoir un nombre toujours croissant de malades. Nombre croissant, non par suite d'un état de santé plus précaire des économiquement faibles, mais par suite d'une utilisation plus rationnelle de nos richesses nationales, facilitée par une grande commodité dans les communications.

En ce qui concerne les cures climatiques des indigents, et principalement en ce qui concerne la lutte antituberculeuse, l'armement national qui journellement s'améliore encore, paraît dès maintenant offrir de larges ressources. Sans pouvoir évidemment entrer dans les détails, nous nous contenterons de donner les chiffres ci-dessous, qui paraissent suffisamment instructifs.

L'armement anti-tuberculeux français, en novembre 1937, comportait :

Nombre de Dispensaires antituberculeux : 880.

Nombre d'Infirmières visiteuses : 1.400, plus les Infirmières polyvalentes.

Sanatoriums (Etablissements pour tuberculose pulmonaire) : 158, possédant 23.736 lits.

Services et Hôpitaux spécialisés : 220 environ, ayant 12.475 lits.

Sanatoriums pour tuberculose extra-pulmonaire : 41 ayant 11.243 lits.

Nombre de Préventoriuns et Aériums : 62, ayant 9.120 lits.

Nombre d'Etablissements de placement collectif : 170, ayant 16.000 lits environ.

D'autre part, pour donner une idée, peut-être partielle, mais nette du fonctionnement de ces différentes institutions, il est possible de dire qu'à eux seuls les Dispensaires anti-tuberculeux ont donné en 1935 un total de 1.642.632 consultations et placé 79.386 malades.

En ce qui concerne les assurés sociaux, le placement en Maisons de repos, de Convalescence et Sanatoria paraît bien compris. Les Assurances sociales, notamment de la Caisse Interdépartementale de la Région Parisienne, sous l'active et intelligente direction de M. Martin, et l'action de certains médecins, comme le Dr Godart, semblent s'être très bien rendu compte de l'aide qu'elles pouvaient tirer de la Climatologie, surtout dans la lutte anti-tuberculeuse. La Caisse a organisé des colonies sanitaires et thermales principalement destinées à l'enfance, à Saint-Honoré, Eaux-Bonnes, Mouillère-Besançon. Les résultats ont été si appréciables que les efforts seront intensifiés par la suite.

La Caisse Interdépartementale de la Région Parisienne vient de créer en outre au Château de Fleurine, dans l'Oise, un organisme de prévention pour l'enfance, lui appartenant en propre. Le fonctionnement de ces organisations fut très satisfaisant. On put en effet constater au départ que 43 % des enfants présentaient une valeur physique inférieure à l'indice physique de leur âge; les examens pratiqués au retour firent ressortir que cette proportion de 43 % était ramenée à 18 % (Dr Godart).

Cet effort est très intéressant, car il ne faut pas oublier que

les Assurances sociales en France sont de création récente (1930), et que tout restait à faire. Leur rôle n'était pas de se substituer aux organisations existantes, mais de collaborer avec elles, c'est cette conception qui paraît les avoir dirigées.

En ce qui concerne les cures thermales, une réforme paraît s'imposer. La part prise par les Caisses dans les frais de cure semble nettement insuffisante, et seuls peuvent bénéficier des cures les assurés sociaux possédant quelques ressources. Aussi ne sera-t-on pas étonné d'apprendre que le nombre des malades bénéficiant des cures est tout à fait insignifiant, quelques centaines au plus par an pour une caisse comme celle de la région parisienne, qui comporte plus d'un million et demi d'assujettis.

Une réforme dans la législation en cours semble indispensable. Réforme qui devra se faire après entente et après commun accord avec les syndicats médicaux et hôteliers. De nombreux pourparlers ont été engagés, d'intéressantes mises au point proposées de part et d'autre. Nous croyons qu'une entente se fera tôt ou tard. Elle est nécessaire.

En attendant, certaines Caisses, comme la Caisse Interdépartementale de la Région Parisienne ne sont pas demeurées inactives. A Saint-Honoré, après entente avec le Syndicat des Médecins, elles ont loué un hôtel inoccupé, destiné à recevoir les assurés sociaux, qui sont soignés à tour de rôle par les médecins de la Station.

Mais les cures thermales pour les assurés sociaux ne pourront se généraliser que lorsqu'une législation et des accords suffisants pourront le permettre.

Quelle impression se dégage de cette vue rapide sur nos législations hydro-climatiques et sur celles de l'Etranger ?

Sinon, celle d'une très grande différence qui existe entre le cadre des Assurances sociales de notre pays et de celui de l'Etranger, où le régime thermal, d'une manière générale, paraît beaucoup plus large.

Dans le cadre « des indigents » au contraire, notre régime paraît concorder avec celui des grandes nations. Toutefois, il nous faut signaler qu'il ne paraît pas exister à l'étranger de Centre hydro-climatique de triage, comparable à celui des

Hôpitaux de Paris, dû à l'heureuse initiative de M. le Prof. Maurice Villaret. Ce fait mérite d'être signalé.

Au total, toutes les nations développent actuellement avec sagesse le thermo-climatisme social, parallèlement, suivant leur génie propre et en rapport avec leur différence de législations.

CHAPITRE VII

Conclusions

En résumé, l'Hydro-climatisme est réellement d'une utilité thérapeutique incontestable, dans la lutte contre les maladies sociales.

Dans la tuberculose, il représente un des *éléments essentiels* du traitement actuel.

Dans le rhumatisme chronique et les séquelles de rhumatisme aigu, il est l'*adjuvant* qui paraît indispensable à toute autre thérapeutique.

Dans le traitement de la syphilis, il semble être un utile adjuvant et paraît devoir être systématiquement adjoint à la chimiothérapie; il pourrait, d'autre part, *être par lui-même, un intéressant appoint*.

Dans les maladies professionnelles, il pourrait utilement remédier à la pénurie où nous nous trouvons de thérapeutique anti-toxique agissante.

Dans les séquelles de blessures et de traumatismes de toute nature, l'expérience de la Grande Guerre a montré tous les avantages que l'on pourrait tirer de l'Hydro-climatisme.

Dans les séquelles de maladies coloniales, un climat curateur associé à une thérapeutique thermale appropriée, semble devoir être systématiquement appliqué aux coloniaux rentrant dans la métropole.

Dans les petites affections chroniques et les séquelles de maladies aiguës, l'action de l'Hydro-climatisme est curative et préventive. Il ne peut dans ces deux cas céder le pas à aucune autre thérapeutique.

L'utilité de l'Hydro-climatisme, tellement évidente, ne pourra être scientifiquement, objectivement, et indiscutablement établie que quand l'Hydro-climatisme sera devenu

« *social* » : c'est-à-dire quand un grand nombre de malades pourront être adressés aux cures avec fiches de départ soigneusement faites, et examens au retour, indiquant les effets du traitement. *Des statistiques, alors possibles, indiqueront mieux que tout autre l'utilité de cette thérapeutique.*

Il semble nécessaire que le fonctionnement de l'Hydro-climatisme social se fasse par l'intermédiaire de centres semblables au Centre de Triage Hydro-climatique des Hôpitaux de Paris, dû à l'heureuse initiative de M. le Prof. Maurice Villaret, afin que l'utilité des cures indiscutablement établie, leurs effets thérapeutiques soient scientifiquement contrôlés au retour et des statistiques constituées.

Un certain nombre de pays, qui, depuis un certain temps, ont donné un essor considérable à l'Hydro-climatisme social, ne paraissent avoir qu'à s'en louer. Le rapport du secrétariat de la Balneologische Gesellschaft allemande l'indique : « *Grâce aux cures thermales, les Caisses ont vu dans de telles proportions baisser le taux des invalidités temporaires des rhumatisants qu'elles ont réalisé de très substantiels bénéfices.* »

L'opinion du Dr Wimmer sur les Assurances sociales en Alsace-Lorraine est identique.

Chaque pays évolue, évidemment suivant son génie propre, et en rapport avec ses législations existantes, nous paraissent, dans le cadre des Assurances sociales, nettement en retard sur un certain nombre de nations, à tendances bien différentes. *C'est la raison pour laquelle nous tendons à conclure :*

1° La créno-climatothérapie ne semble plus devoir être envisagée comme une thérapeutique de luxe, réservée presque exclusivement aux privilégiés ;

2° La créno-climatothérapie doit être considérée en médecine sociale comme une thérapeutique de grande valeur ;

3° On ne peut, semble-t-il, priver, même partiellement, les économiquement faibles des si grandes richesses thermales et climatiques de notre patrimoine national, pas plus que l'on

toutes les nations de lutter acivement : Conférence internationale et très onéreuse comme celles par les rayons X et par le Radium;

4° Nous souhaitons une large extension du thermo-climatisme social pour le plus grand bien de l'individu, de la famille, et de la société.

VU : *Le Doyen,*
TUFFENEAU.

VU : *Le Président,*
Maurice VILLARET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

LANGRES. — IMPRIMERIE CHAMPENOISE.
